

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL PADA NY “R”
GESTASI 39 MINGGU 6 HARI DENGAN ASUHAN PERSALINAN
NORMAL DI PUSKESMAS JUMPANDANG BARU
TAHUN 2017**



Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar Pendidikan
Ahli Madyah Kebidanan Jurusan D III Kebidanan
Pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

Oleh:

ZUHRANI HS
70400114062

**PRODI KEBIDANAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
2017**

PERYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH

Mahasiswi yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Zuhriani Hs
Tempat/Tgl. Lahir : Sinjai, 03 Agustus 1996
Jur/Prodi/Konsentrasi : D3 Kebidanan
Fakultas/Program : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan/ Diploma
Alamat : Jl. Hos Cokrominoto Kab. Sinjai
Judul : Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal pada Ny “R”
Gestasi 39 Minggu 6 Hari dengan Asuhan Persalinan
Normal di Puskesmas Jumpandang Baru Tahun 2017

Menyatakan dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran bahwa Karya Tulis Ilmiah ini benar adalah hasil karya sendiri. Jika dikemudian hari terbukti bahwa karya ini merupakan duplikat, tiruan, plagiat atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya maka Karya Tulis Ilmiah dan gelar yang diperoleh batal demi hukum.

Samata, November 2017

Penyusun

ZUHRIANI HS
NIM:70400114062

PERSETUJUAN UJIAN HASIL KTI


JUDUL "Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Care pada Tgl. R^{dengan} Gortani
30 - 40 Minggu dengan Persalinan Normal "

Telah Disetujui oleh Pembimbing untuk diajukan dalam Seminar Hasil Karya Tulis Ilmiah (KTI)
Mahasiswa Kebidanan

Menyetujui,
Pembimbing I


UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
(Anisa Muth'ah AL-Isauqar, S.T., M. Kes)

Pembimbing II
M A K A S S A R


dr. Atikah Mulkani Syuaib, M. Kes

PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Manajemen Asuhan Kebidanan Antenatal pada Ny "Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Pada Ny "R" Gestasi 39 Minggu 6 Hari dengan Persalinan Normal Di Puskesmas Jumpandang Tahun 2017", yang disusun oleh ZUHRANI HS, NIM : 70400114062, Mahasiswi Jurusan Kebidanan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam ujian Karya Tulis Ilmiah yang diselenggarakan pada hari Selasa, 29 November 2017 M, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan, Jurusan Kebidanan (dengan beberapa perbaikan)

Samata, 29 November 2017 M
10 Rabuul Awal 1439 H

DEWAN PENGUJI

Ketua	: Dr. dr. Andi Armyn Nurdin, M.Sc	(.....)
Sekretaris	: Dr. Hj. Sitti Saleha, S.SiT., S.KMM.Keb	(.....)
Pembimbing I	: Anieq Mumthi'ah Alkautsar, S.SiT., M.Keb	(.....)
Pembimbing II	: dr. Miswani Mukani Syuaib, M.Kes	(.....)
Penguji II	: dr. Andi Sitti Rahma, M.Kes	(.....)
Penguji II	: Dr. Sabir Maidin, M.Ag	(.....)

au Dekan

Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc
NIP. 19550203 198312 1 001

KATA PENGANTAR

بسم الله الرحمن الرحيم

Alhamdulillah Robbil ‘Alamin puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan petunjuk hidayah-Nya, sehingga penulis dapat Meneyelesaikan proposal KTI ini yang berjudul “Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal pada Ny “R” Gestasi 39 Minggu 6 Hari Persalinan Normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar ” dengan sebaik-baiknya dan semaksimal mungkin.

Sehingga penulis dapat mempersembahkan karya tulis ilmiah ini sebagai kado terindah dan sebagai ucapan terima kasih yang tak terhingga untuk kedua orang tuanya yaitu bapak Muh. Hasbi S dan Salmah yang tidak pernah bosan untuk memberikan doa serta dukungan moril maupun moral meskipun penulis mengetahui bahwa karya tulis ini tidak bisa membalas kedua orang tuanya namun setidaknya karya tulis ini ini bisa membuat orang tuanya menjadi bangga dan tersenyum bahagia.

Dalam penyelesaian KTI ini penulis mendapat bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terimah kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr.Musafir Pababbari, M.Si selaku Rektor Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar beserta seluruh stafnya.

2. Bapak Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc. selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar beserta seluruh stafnya.
3. Ibunda Dr. Hj Sitti Saleha, S.SiT, S.KM, M.Keb selaku ketua Prodi Kebidanan
4. Ibunda Firdayanti, S. Sit., M.keb selaku sekretaris jurusan prodi kebidanan
5. Ibunda Anieq Mumthiah Alkaitsar., S.Si.T., M.Keb.. selaku pembimbing I yang senangtiasa membagikan ilmu yang sangat bermanfaat dan membimbing dengan sabar dan ikhlas sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu dr. Miswani Mukani Syuaib., M.Kes selaku pembimbing II yang telah banyak menyempatkan waktu untuk membimbingku dengan sabar dan ikhlas dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ibu dr. Andi Sitti Rahma., M.Kes selaku penguji I yang telah banyak membagikan ilmu kepada saya, memberi kritik dan saran yang bersifat membangun guna untuk penyempurnaan KaryaTulis Ilmiah ini.
8. Bapak ustadz Dr. H. Muh. Sabir Maidin, M.Ag selaku penguji agama yang telah senantiasa memberikan masukan dan dukungan yang bersifat islamiah dalam penyusunan KTI ini.
9. Kepada seluruh Dosen dan staf Pengajar program studi kebidanan UIN Alauddin Makassar

10. Kepala Puskesmas Jumpandang Baru dan jajarannya yang telah memberikan izin dalam melaksanakan penelitian hingga selesai.
11. Kepada kakak-kakak saya tercinta Zaenab Hasbi, S.Pd, Muh. Albar Hs, S.Pd, Muh. Anas, S.Pd.Gr, Zulaeha Hs dan adik saya tercinta Muh. Alifkah Hs yang telah banyak memberikan dukungan dan dorongan.
12. Kepada seluruh teman-temanku di kebidanan yang selalu memberikan saran dan masukan khususnya angkatan 2014. Dan terlebih khusus lagi kepada Ira Ayu Lestari, Miftahul khair wahid, Hartina, Muliati, Rosnani, Sulfiani, dan Nur Hikmah.

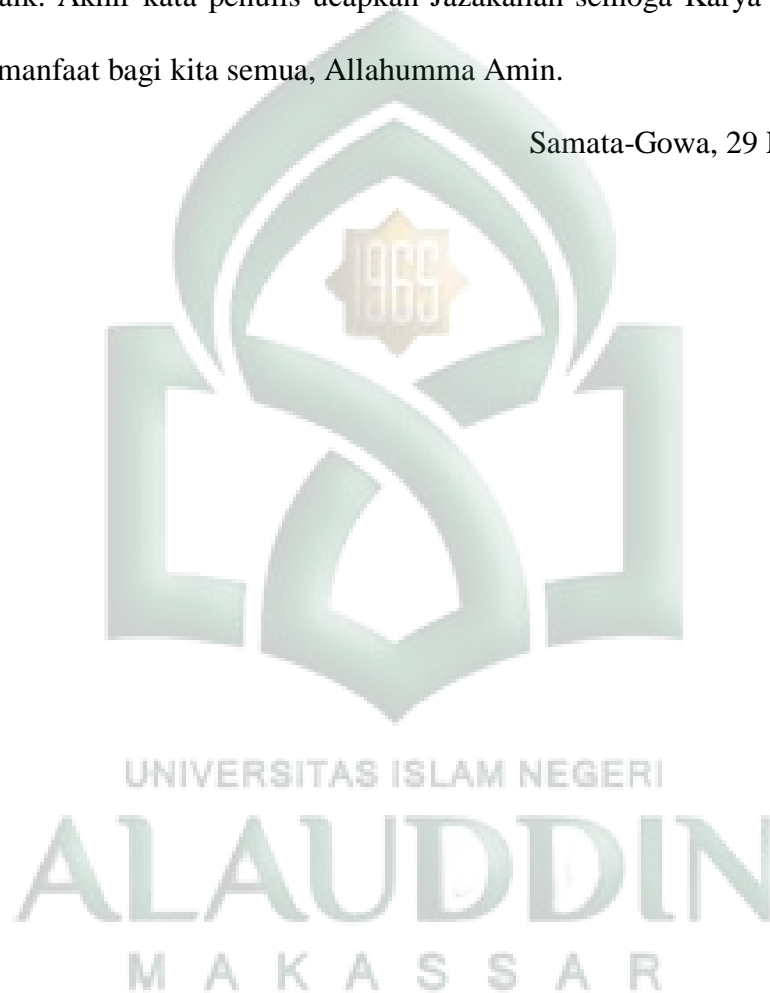
Ilmu merupakan penghias ibadah manusia kepada Allah, kepada sesama manusia dan kepada diri sendiri. Ketika ilmu dipelajari dengan sungguh-sungguh dan diamalkan sebaik-baiknya untuk kepentingan yang benar maka akan sangat indah manfaat yang diraih. Namun bila ilmu dipelajari dengan setengah-setengah dan dimanfaatkan semaunya tanpa tahu tujuannya benar atau tidak, maka ilmu itu akan merusak citra keindahan. Inilah yang sangat penting kita pahami agar tidak sembarangan mempergunakan ilmu dalam kehidupan kita. Sebaik-baiknya ilmu adalah ilmu yang dipelajari dengan niat baik dan tulus untuk diamalkan di jalan Allah SWT melalui kehidupan umat manusia sebagai perantaranya. Niat yang baik dari hati akan mendapatkan hasil yang baik pula, dari Umar radhiyallahu ‘anhu, bahwa Rasulullah *shallallahu ‘alaihi wa sallam* bersabda “*Innamal a’malu bin niyyah*” (Sesungguhnya amal itu tergantung dengan niat), kalimat itulah yang selalu menjadikan pedoman bagi penulis agar menjadi lebih semangat meskipun dalam

menyusun KTI ini masih jauh dari kata sempurna dan masih banyak menemui beberapa hambatan dan kesalahan, namun penulis berharap kritik dan saran yang sifatnya membangun dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikanya dengan baik. Akhir kata penulis ucapkan Jazakallah semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Allahumma Amin.

Samata-Gowa, 29 November 2017

Penulis

Zuhriani Hs



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH	ii
PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Ruang Lingkup.....	5
C. Tujuan penulisan	5
D. Manfaat Penulisan	7
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Persalinan	9
1. Definisi Persalinan	9
2. Etiologi Persalinan	9
3. Patofisiologi Persalinan	11

4. Factor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan	13
5. Tahapan Persalinan	18
B. Tinjauan Umum tentang Standar Pelayanan Dalam Persalinan.....	60
C. Tinjauan Umum tentang Asuhan Persalinan Normal	62
D. Tinjauan Persalinan dalam Islam	64
E. Al-Qur'an tentang Persalinan.....	66
BAB III STUDI KASUS	
KALA I	82
KALA II	106
KALA III.....	119
KALA IV	127
BAB IV PEMBAHASAN	158
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	191
B. Saran	193
DAFTAR PUSTAKA	196

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1: Gerakan Fleksi	38
Gambar 2.2: Gerakan kepala janin pada defleksi.....	40
Gambar 2.3: Gerakan kepala janin melakukan putaran paksi luar.....	41



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Riwayat Persalinan Yang Lalu	85
Tabel 3.2 Observasi Tanda-Tanda Vital His Dan Djj.....	101
Tabel 3.3 Evaluasi Tanda-Tanda Vital,Tfu,Kontraksi Uterus,Kandung Kemih Dan Perdarahan.....	131
Tabel 3.4 Observasi Tanda-Tanda Vital His Dan Djj.....	140
Tabel 3.5 Evaluasi Tanda-Tanda Vital,Tfu,Kontraksi Uterus, Kandung Kemih Dan Perdarahan	155



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Format Pengumpulan Data
- Lampiran 2 : Partograf
- Lampiran 3 : Lembar Kegiatan Konsultasi Proposal
- Lampiran 4 : Lembar Kegiatan Konsultasi Hasil
- Lampiran 5 : Lembar Persetujuan Waktu Ujian Hasil
- Lampiran 6 : Surat Permohonan Izin Atau Rekomendasi Penelitian Dari Gubernur Sulawesi Selatan Atau Badan Penelitian Dan Pengembangan Daerah (Balitbagda) Provinsi Sulawesi Selatan Kepada Walikota Makassar
- Lampiran 7 : Surat Permohonan Izin Atau Rekomendasi Penelitian Dari Walikota Atau Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Sulawesi Selatan Kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar.
- Lampiran 8 : Surat Permohonan Izin Atau Rekomendasi Penelitian Dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar Atau Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan Kepada Kepala Puskesmas Jumpandang Baru Makassar.
- Lampiran 9 : Surat keterangan selesai penelitian dari Puskesmas Jumpandang baru Makassar
- Lampiran 10 : Daftar Riwayat Hidup

ABSTRAK

Nama : Zuhriani Hs

Nim : 70400114062

Pembimbing :1. Anieq Mumti'ah Alkautsar

2. Miswani Mukani Syuaib

Judul : Manajemen Asuhan Kebidanan intranatal pada Ny “R”gestasi 39 minggu 6 Hari dengan Persalinaan Normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017

Tujuan penelitian ini adalah untuk memberi asuhan kepada ibu dengan persalinaan normal, dimana Persalinaan adalah sebagai suatu proses alami dan merupakan peristiwa yang normal namun bila tidak dikelola dengan tepat dapat berubah menjadi abnormal., di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar.

Jenis penelitian ini tergolong penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan studi kasus, dengan metode penelitian manajemen asuhan kebidanan dengan tujuh langkah varney

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan persalinaan normal , setelah dilakukan pengumpulan data di puskesmas puskesmas jumpandang baru makassar ,bahwa ibu dengan proses pengeluaran janin yang cukup bulan, lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, di susul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin adalah persalinaan normal . Penanganan pada kasus persalinaan normal gestasi 39 minggu 6 Hari dengan presentasi belakang kepala yaitu dengan melakukan tindakan asuhan persalinaan normal sesuai standar operasional prosedur (SOP) dan berpedoman pada ketentuan islam. Setelah dilakukan penanganan sesuai asuhan persalinaan normal mulai dari kala I, II, III, dan IV maka tidak di temukan adanya penyulit pada persalinaan.

Dari hasil studi kasus dapat disimpulkan mulai dari kala I, II, III, dan IV tidak didapatkan kesenjangan antara teori dengan yang didapatkan di lapangan.

Kata kunci: persalinaan/ Persalinaan Normal , dan 7 langkah varney

ABSTRACT

Name : Zuhriani Hs
Student Reg. No. : 70400114062
Supervisors : 1. Anieq Mumti'ah Alkautsar
2. Miswani Mukani Syuaib
Title : **The Intranatal Midwifery Management on Mrs. "R" of 39 Weeks 6 Days Gestation with Normal Delivery at Jumpandang Baru of Makassar Public Health Center in 2017**

This research is intended to implement the midwifery care to mother with normal delivery, where normal delivery is a natural process and is a normal event. But if it's not managed properly, it can be an abnormal thing.

This type of research belong to qualitative research by using case study approach with research method of 7 steps vaney's midwifery management.

The results showed that mother with normal delivery after collect the data aks community health and center Makassar, that mother with enough months expenditure process, born spontaneously with rear presentation of head, followed by expulsion of placenta and amniotic membrane from mother's body without complication either mother or fetus is a normal delivery. The management in normal delivery 39 weeks 6 days gestation, with rear presentation of head with perform normal delivery care according to standend operational procedures and guided by prouisionsof islam.

From the case study results,it can be concluded that starting from stage I, II, III and IV there is no discrepancy between the theory and data acquired in the field.

Keywords : Normal delivery, 7 steps vaney's midwifery management

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal dalam kehidupan. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun pada janin (Sarwono, 2012 : 128).

Tujuan persalinan adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Dengan pendekatan ini maka setiap intervensi yang diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (Sujiyatini, 2012 : 2).

Persalinan adalah sebagai suatu proses alami dan merupakan peristiwa yang normal, namun bila tidak dikelola dengan tepat dapat berubah menjadi abnormal. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, oleh karena itu, setiap wanita usia subur (WUS), ibu hamil (bumil), ibu bersalin (bulin), dan bayinya berhak mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Namun sampai sekarang ini persalinan

masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia dimana angka kematian ibu bersalin yang masih cukup tinggi. Keadaan ini disertai dengan komplikasi yang mungkin saja timbul selama persalinan, sehingga memerlukan pengetahuan dan keterampilan yang baik dalam bidang kesehatan, dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan menurunkan angka kematian, kesakitan ibu dan perinatal (Purwandari, dkk, 2014: 47).

Menurut World Health Organization (WHO) dalam Purwandari, Atik, dkk (2014: 46), sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio kematian ibu di Negara-negara berkembang merupakan yang tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100.000 kelahiran bayi hidup, jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di sembilan negara maju dan 51 negara persemakmuran.

Penelitaian yang dilakukan Di Afrika dan negara berkembang lainnya menunjukkan bahwa penyebab tingginya angka kematian ibu dikarenakan kurangnya tenaga kesehatan yang terampil dalam membantu proses persalinan sehingga hal tersebut menjadi penyebab utama kematian ibu pada daerah tersebut. Dengan demikian, perawatan intra-partum yang meliputi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terampil sangat penting untuk mengurangi angka kematian pada ibu. (Abdurrahman, dkk, 2016: 64)

Kematian dan kesakitan ibu masih merupakan masalah kesehatan yang serius di negara berkembang. Menurut laporan WHO tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Amerika Serikat yaitu 9300 jiwa, Afrika

Utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014). Pada tahun 2013 AKI (Angka Kematian Ibu) di Jawa Timur mencapai 97,39 per 100.000.

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI (yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas) sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga di Kawasan ASEAN. Pada tahun 2007, ketika AKI di Indonesia mencapai 228, AKI di Singapura hanya 6 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 33 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 112 per 100.000 kelahiran hidup, serta Malaysia dan Vietnam sama-sama mencapai 160 per 100.000 kelahiran hidup.

Pada tahun 2012 SDKI kembali mencatat kenaikan AKI yang signifikan, yakni dari 228 menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan target yang diharapkan berdasarkan Melenium Development Goals (MDSGs) pada tahun 2015 yaitu 102/100.000 kelahiran hidup. Hal ini berarti AKI di Indonesia jauh diatas target yang ditetapkan WHO patau hampir dua kali lebih besar dari target WHO (Kemenkes RI, 2015).

AKI di Provinsi Sulawesi selatan tahun 2013 dilaporkan sebanyak 115 orang atau 78.38 per 100.000 kelahiran hidup, terdiri dari kematian ibu hamil 18

orang (15,65%), kematian ibu bersalin 59 orang (51,30%), kematian ibu nifas 38 orang (33,04%) sedangkan pada tahun 2014 jumlah kematian ibu mengalami peningkatan yakni sebanyak 138 orang atau 93.20 per 100.000 kelahiran hidup, terdiri dari kematian ibu hamil 15 orang (10,86%), kematian ibu bersalin 54 orang (39,13%), kematian ibu nifas 69 orang (50,00%). (Profil Kesehatan Prov. Sulawesi Selatan, 2015: 27)

Dari data rekam medik Puskesmas Jumpandang Baru Makassar pada tahun 2013 jumlah ibu bersalin normal sebanyak 877 orang dan tahun 2014 jumlah ibu bersalin normal sebanyak 1020 orang. Pada tahun 2015 jumlah ibu bersalin normal sebanyak 1010 orang dan pada tahun 2016 jumlah ibu bersalin normal sebanyak 1027 orang. Berdasarkan uraian diatas “Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Care dengan persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017” dari data tersebut di atas penulis tertarik untuk mengambil kasus di jumpandang baru karena tingkat persalinannya dari tahun ketahun tambah meningkat sehingga memungkinkan penulis mendapatkan berbagai macam kasus.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ibu tidak mau meminta pertolongan tenaga penolong persalinan terlatih untuk memberikan asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi dengan alasan, bahwa tenaga penolong tersebut tidak benar-benar memperhatikan kebutuhan/kebudayaan, tradisi, dan keinginan pribadi para ibu dalam persalinan dan kelahiran bayi. Alasan lain yang juga berperan adalah bahwa sebagian besar fasilitas kesehatan memiliki peraturan dan prosedur kurang bersahabat dan menakutkan bagi para ibu (Yani, dkk, 2014: 30).

Hal inilah yang perlu menjadi perhatian bagi dokter ataupun bidan karena profesi tersebut berperan penting dalam menurunkan angka kesakitan maupun angka kematian ibu, salah satunya dengan mengubah paradigma masyarakat terkhusus ibu hamil bahwa persalinan perlu terlaksana secara aman baik dari segi penolong, tempat ataupun peralatan kesehatan yang diperoleh dengan melakukan persalinan di rumah sakit, puskesmas, BPS, ataupun klinik dokter.

Berdasarkan latar belakang diatas yang menunjukkan bahwa masih tingginya angka kematian ibu akibat bersalin utamanya di negara berkembang dan masih kurangnya kesadaran masyarakat untuk melakukan persalinannya di fasilitas kesehatan maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan pada ibu bersalin dengan karya tulis ilmiah yang berjudul “Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Care Pada Ibu Dengan Persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017”.

B. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pembahasan karya tulis ilmiah ini mencakup penerapan “Manajemen Asuhan Kebidanan *Intranatal* Pada Ibu Dengan Persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Dapat melaksanakan manajemen asuhan kebidanan intranatal pada Ny. “R” dengan Persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengumpulan data pada kasus kebidanan intranatal pada Ny. “R” dengan persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017.
- b. Melaksanakan diagnosa/masalah aktual pada kasus kebidanan *intranatal* pada Ny. “R” dengan persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017.
- c. Melaksanakan diagnosa/masalah potensial pada kasus kebidanan *intranatal* pada Ny. “R” dengan persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017.
- d. Melaksanakan kebutuhan tindakan segera, konsultasi, kolaborasi, dan rujukan pada kasus kebidanan *intranatal* pada Ny. “R” dengan persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017.
- e. Melaksanakan rencana asuhan pada kasus kebidanan *intranatal* pada Ny. “R” dengan persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017.
- f. Melaksanakan asuhan pada kasus kebidanan *intranatal* pada Ny. “R” dengan persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017.
- g. Melaksanakan evaluasi hasil asuhan pada kasus kebidanan intranatal pada Ny. “R” dengan persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017.
- h. Melaksanakan pendokumentasian hasil asuhan kebidanan *intranatal* pada Ny. “R” dengan persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Aplikatif

- a. Dapat memberikan informasi kepada tenaga kesehatan khususnya pada ibu yang melakukan persalinan normal dan merupakan salah satu lingkup upaya promosi kesehatan reproduksi dan berguna bagi masyarakat pada umumnya.
- b. Diharapkan dapat memberikan informasi secara objektif tentang persalinan normal sehingga menjadi pedoman dalam memberikan penyuluhan dalam memberikan pendidikan kesehatan.

2. Manfaat Pengembangan Ilmu Pengetahuan

- a. Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi Peneliti terutama untuk menambah wawasan yang berkenaan dengan persalinan normal, serta menjadi suatu kesempatan yang berharga bagi peneliti untuk dapat mengaplikasikan ilmu-ilmu yang telah diperoleh selama masa.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai salah satu bahan bacaan dan acuan bagi peneliti berikutnya.

E. Sistematika Penulisan

Bab I : Pendahuluan membahas tentang latar belakang masalah yang mengungkap mengenai persalinan normal dengan memberikan rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan dan sistematika penulisan.

Bab II : Tinjauan pustaka membahas mengenai teori berdasarkan judul yaitu mengenai persalinan yang terdiri dari, pengertian, sebab – sebab mulainya persalinan, istilah dalam persalinan, tahapan persalinan normal, tanda-tanda

persalinan, proses persalinan normal dan mekanisme persalinan, tinjauan umum tentang standar pelayanan kebidanan, tinjauan umum asuhan persalinan normal, pengertian, tujuan, aspek lima benang merah, proses persalinan, tinjauan kasus dalam islam, proses asuhan kebidanan, pengertian, tahapan, pendokumentasian asuhan kebidanan.

Bab III : Studi kasus membahas mengenai langkah I. identifikasi dan analisa data dasar, langkah II. identifikasi diagnosa/masalah aktual, langkah III. identifikasi diagnosa/masalah potensial, langkah IV. tindakan emergency, konsultasi, kolaborasi dan rujukan, langkah V. intervensi/rencana tindakan asuhan kebidanan, langkah VI. implementasi/pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan, langkah VII. evaluasi tindakan asuhan kebidanan, pendokumentasian asuhan kebidanan.

Bab IV: Membahas mengenai persamaan, perbedaan atau kesenjangan dalam studi kasus yang sedang dilakukan pengkajian. Bab V : Kesimpulan dan saran antara kasus yang diteliti terhadap teori yang telah dibahas pada bab II, dan pada bagian ini juga menjawab tujuan peneliti dan terakhir bab V membahas tentang kesimpulan dan saran terhadap pihak yang terkait pada kasus yang diteliti.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Persalinan

1. Pengertian Persalinan

- a. Persalinan atau partus adalah proses kelahiran janin pada tua kehamilan sekurang – kurangnya 28 minggu, atau kalau bayi yang dilahirkan beratnya 1000 gram lebih (Miswani, 2013 : 49).
- b. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan (37-42 minggu), atau hampir cukup bulan di susul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin dari tubuh ibu atau Persalinan adalah proses pengeluaran produk konsepsi yang viable melalui jalan lahir biasa (Dewi Setiawati, 2013: 53).
- c. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu dan janin (Dwi, dkk, 2012: 1)

2. Etiologi Persalinan

Sebab terjadinya persalinan sampai kini masih merupakan teoritis yang kompleks. Factor-faktor hormonal, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh syaraf dan nutrisi di sebut sebagai factor-faktor yang mengakibatkan persalinan mulai.

a. Pengaruh Kadar Progesterone

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaiknya estrogen meningkatkan kontraksi otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his.

b. Peningkatan Hormone Oksitosin

Pada akhir kehamilan kadar Oksitosin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi dari otot-otot rahim.

c. Peregangan Otot-Otot

Dengan majunya kehamilan, maka semakin tereganglah Otot-otot rahim sehingga timbul kontraksi untuk mengeluarkan janin.

d. Pengaruh Janin

Hipofisis dan kadar suprarenal janin rupanya memegang peranan penting oleh karena itu pada anencephalus kelahiran sering lebih lama.

e. Teori Prostaglandin

Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke-15 hingga aterm terutama saat persalinan yang menyebabkan kontraksi miometrium (Ai Yeyeh, dkk, 2014: 4).

f. Plasenta Menjadi Tua

Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi tua, villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar progesterone dan estrogen menurun (Ai Nursiah, dkk, 2014: 4).

Selanjutnya dengan berbagai tindakan, persalinan dapat pula dimulai, misalnya : dengan merangsang pleksus frankenhauser dengan memasukkan beberapa gagan laminaria dalam kanalis servikalis, pemecahan ketuban, penyuntikan oxytosin, pemakaian prostaglandin.

Faktor lain yang berpengaruh adalah berkurangnya jumlah nutrisi, hal ini pertama kali dikemukakan oleh Hipokrates ; bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan di keluarkan. Factor lain yang dikemukakan adalah tekanan pada ganglion servikale dari pleksus frankenhauser yang terletak di belakang serviks, bila ganglion ini tertekan maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan (his yang dibangkitkan) (Ai Yeyeh, dkk 2014: 5).

3. Patofisiologi Persalinan

a. Tanda-tanda persalinan sudah dekat

Sebelum terjadi persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki “bulannya” atau “minggunya” atau “harinya” yang di sebut dengan kala pendahuluan. Ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut :

1) *Lightening*

Pada minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah memasuki pintu atas panggul yang disebabkan oleh :

- a) Kontraksi Braxton hicks
- b) Ketegangan otot
- c) Ketegangan ligamentum rotundum
- d) Gaya berat janin kepala kearah bawah

2) Terjadinya his permulaan

Makin tua usia kehamilan pengeluaran progesterone dan estrogen semakin berkurang sehingga oxytocin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering yang disebut his palsu,

Sifat his palsu :

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b) Datangnya tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan serviks
- d) Durasinya pendek
- e) Tidak bertambah jika beraktivitas (Ai Nursiah, dkk, 2014: 6).

b. Tanda-tanda persalinan

- 1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut :

- a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan
- b) Teratur
- c) Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya.
- d) Jika dibawa berjalan bertambah kuat
- e) Mempunyai pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks (Dewi Setiawati, 2013: 54).

2) Bloody show (pengeluaran lender disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lender yang terdapat di kanalis servikalis lepas,

kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan darah sedikit (Ai Nursiah, dkk, 2014: 7).

3) Dengan pendataran dan pembukaan

Lendir dari canalis servikalis keluar di sertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler terputus (Dewi Setiawati, 2013: 54).

4) Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, hal ini di sebut dengan ketuban pecah dini (Dewi Setiawati, 2013: 54).

4. Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu factor ibu (power, passage, psikologis), factor janin (factor plasenta), dan factor penolong persalinan. Hal ini sangat penting, mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini adanya salah satu dari factor-faktor tersebut.

a. Power (Tenaga/Kekuatan)

1) His (Kontraksi Uterus)

Merupakan kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus

dominial, terkoordinasi dan relaksasi. Kontraksi ini bersifat involunter karena berada dibawah saraf intrinsic.

a) Pembagian his menurut sifat-sifatnya :

- (1) His pendahuluan : his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lender darah atau bloody show
- (2) His pembukaan (Kala I) : menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit
- (3) His pengeluaran (Kala II) : untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris dan terkordinasi.
- (4) His pelepasan plasenta (Kala III) : kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- (5) His pengiring (Kala IV) : kontraksi lemah, msih sedikit nyeri, terjadi pengecilan dalam beberapa jam atau hari.

b) Perubahan-perubahan akibat his

- (1) Pada uterus dan serviks

Uterus teraba keras atau padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauterine naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (effacement) dan terbuka (dilatasi).

- (2) Pada ibu

Rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.

(3) Pada janin

Pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenter kurang maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat (bradikardi) dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis (Widia, 2015: 23-24).

2) Tenaga mendedan

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksinya berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha volunteer. Keinginan mendedan ini disebabkan karena :

- a) Kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar.
- b) Tenaga ini serupa dengan tenaga mendedan sewaktu buang air besar (BAB) tapi jauh lebih kuat.
- c) Saat kepala sampai ke dasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah.
- d) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his.
- e) Tanpa tenaga mendedan bayi tidak akan lahir (Ai Nursiah, dkk, 2014: 31-32).

b. Passage (Jalan Lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks, dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal. (Widia, 2015: 16)

c. Passenger (Janin Plasenta, dan Air Ketuban)

1) Janin

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin (Ai Nursiah, dkk, 2014: 39).

2) Plasenta

Plasenta juga harus melewati jalan lahir maka dia dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal (Widia, 2015: 29).

3) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membrane yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regangan membrane janin, dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah rupture atau robekan. Penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan daricairan amnion dan juga saat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara dan saluran serviks yang terjadi di awal

persalinan, dapat juga karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh (Widia, 2015: 29).

d. Factor Psikis (Psikologi)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas, “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak.

1) Psikologis meliputi :

- a) Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual
- b) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya
- c) Kebiasaan adat
- d) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

2) Sikap negative terhadap persalinan di pengaruhi oleh :

- a) Persalinan semacam ancaman terhadap keamanan
- b) Persalinan semacam ancaman pada self-image
- c) Medikasi persalinan
- d) Nyeri persalinan dan kelahiran (Widia, 2015: 29-30).

e. Pysician (Penolong)

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan, yang mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin(Widia, 2015: 30).

Tidak hanya aspek tindakan yang di berikan, tetapi aspek konseling dan memberikan informasi yang jelas diburuhkan oleh ibu bersalin utuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga(Ai Nursiah, dkk 2014: 48).

5. Tahapan Persalinan

a. Kala I (Pembukaan)

1) Pengertian Kala I

Persalinan kala I meliputi fase pembukaan 1-10 cm, yang di tandai dengan penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lender bercampur darah (show) melalui vagina. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler serta kanalis servikalis karena pergeseran serviks mendatar dan terbuka (Ai Nursiah, dkk 2014:66).

Kala I dibagi atas 2 fase yaitu :

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu :
 - (1) Periode akselerasi : berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - (2) Periode dilatasi maksimal : berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

- (3) Periode deselerai : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap (Nurul, 2017: 5-6).

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Dan terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Dari pembukaan 4 hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata per jam (primipara) atau lebih 1 cm hingga 2 cm (multipara) (Ai Nursiah, dkk 2014: 66).

2) Perubahan Fisiologi Kala I

Selama rentan waktu dari adanya his sampai pembukaan lengkap 10 cm terjadi beberapa perubahan yang fisiologis. Perubahan fisiologis kala I meliputi

a) Perubahan pada serviks

(1) Pendataran pada serviks/effacement

Pendataran pada serviks adalah pendekatan dari kanalis servikalis yang semula berupa sebuah saluran panjang 1-2 cm, menjadi sebuah lubang saja dengan pinggir yang tipis.

(2) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks disebabkan karena pembesaran Ostium Uteri Eksternum (OUE) karena otot yang melingkar di sekitar ostium meregang untuk dilewati kepala. Pada pembukaan 10 cm atau pembukaan lengkap, bibir portio tidak terbagi lagi.

b) Perubahan system kardiovaskuler

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi jika terjadi kontraksi.

Posisi tidur terlentang selama persalinan akan mengakibatkan adanya penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta), yang menyebabkan sirkulasi darah baik ibu maupun janin akan terganggu, ibu biasanya mengalami hipotensi dan janin mengalami asfiksia.

(2) Denyut jantung

Denyut jantung meningkat selama kontraksi. Dalam posisi terlentang denyut jantung akan menurun. Denyut jantung antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode segera sebelum persalinan.

c) Perubahan metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan, kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena kecemasan serta kegiatan otot rangka tubuh.

d) Perubahan system respirasi

Pada respirasi atau pernapasan terjadi kenaikan sedikit dibandingkan sebelum persalinan, hal ini disebabkan adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar.

e) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormone progesterone yang menyebabkan keluarnya hormone oksytosin.

f) Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Segmen atas rahim (SAR) dibentuk oleh corpus uteri yang sifatnya aktif yaitu berkontraksi, dan dinding tambah tebal dengan majunya persalinan serta mendorong anak keluar.

g) Perubahan hematologist

Haemoglobin akan meningkat 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan kembali ke tingkat pra persalinan pada hari pertama setelah persalinan apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan.

Jumlah sel darah putih meningkat secara progresif selama kala I persalinan sebesar 5000 sd 15000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap.

h) Perubahan renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, dikarenakan oleh kardiac out-put yang meningkat serta disebabkan oleh glomerulus serta aliran plasma ke renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang yang mengurangi aliran urine selama kehamilan.

i) Perubahan gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastric serta penyerapan makanan padat berkurang, menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan

menyebabkan konstipasi. Makanan yang masuk ke lambung selama fase pendahuluan atau fase kemungkinan besar akan tetap berada dalam perut selama persalinan. Rasa mual-muntah bukanlah hal yang jarang, Hal ini menunjukkan berakhirnya kala I persalinan.

j) Perubahan suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tingkat tertinggi selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi $0,5 - 1^{\circ} \text{C}$. Suhu badan yang naik sedikit merupakan yang wajar namun jika keadaan ini berlangsung lama, kenaikan suhu mengindikasikan dehidrasi.

k) Perubahan pada vagina dasar panggul

- (1) Pada kala I ketuban ikut meregang, bagian atas vaginanya yang sejak kehamilan mengalami perubahan sedemikian rupa akan bisa dilalui bayi.
- (2) Setelah ketuban pecah segala perubahan terutama pada dasar panggul ditimbulkan oleh bagian depan anak. Oleh bagian depan yang maju tersebut dasar panggul di regang menjadi saluran dengan dinding yang tipis.
- (3) Waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas. Dari luar, peregangan oleh bagian depan tampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis, sedangkan anus semakin terbuka.
- (4) Regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul. Tetapi saat jaringan tersebut

robek, akan menimbulkan perdarahan yang banyak (Ai Nursiah, dkk 2014: 67-71).

3) Perubahan Psikologis kala I

Perubahan psikologi pada ibu bersalin selama kala I antara lain sebagai berikut :

- a) Memperlihatkan ketakutan atau kecemasan, yang menyebabkan wanita mengartikan ucapan pemberi perawatan atau kejadian persalinan secara pesimistik atau negative.
- b) Mengajukan banyak pertanyaan atau sangat waspada terhadap sekelilingnya.
- c) Memperlihatkan tingkah laku saat membutuhkan.
- d) Memperlihatkan tingkah laku minder, malu atau tidak berharga.
- e) Memperlihatkan reaksi keras terhadap kontraksi ringan atau terhadap pemeriksaan.
- f) Menunjukkan ketegangan otot dalam derajat tinggi.
- g) Tampak menuntut, tidak mempercayai, marah atau menolak terhadap para staf.
- h) Menunjukkan kebutuhan yang kuat untuk mengontrol tindakan pemberi perawatan.
- i) Tampak “lepas control” dalam persalinan (saat nyeri hebat, menggeliat kesakitan, panic, menjerit, tidak merespon saran atau pertanyaan yang membantu).
- j) Merasa diawasi.

- k) Merasa melakukan tanpa hormat.
- l) Merasa diabaikan atau dianggap remeh.
- m) Respons “melawan atau menghindari”, yang dipicu oleh adanya bahaya fisik, ketakutan, kecemasan dan bentuk stress lainnya (Widia, 2015: 57).

4) Masalah Dan Penyulit Pada Kala I

Indikasi – indikasi untuk melakukan tindakan dan/atau rujukan segera selama kala I persalinan :

- a) Perdarahan pervaginam selain dari lender bercampur darah (“*show*”)
- b) Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)
- c) Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental.
- d) Ketuban pecah bercampur dengan sedikit mekonium disertai tanda-tanda gawat janin
- e) Ketuban telah pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang 37 minggu).
- f) Tanda-tanda atau gejala-gejala infeksi : temperature tinggi $>38^{\circ}\text{C}$, menggigil, nyeri abdomen, cairan ketuban yang berbau.
- g) Tekanan darah $>160/100$ dan/ atau terdapat protein urin.
- h) Tinggi fundus 40 cm atau lebih.
- i) DJJ <100 atau >180 x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit.
- j) Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
- k) Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll).

- l) Presentasi ganda/majemuk (adanya bagian janin, seperti lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala).
- m) Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut)
- n) Tanda dan gejala syok :
 - (1) Nadi cepat, lemah (lebih dari 110 x/menit)
 - (2) Tekanan darahnya rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg)
 - (3) Pucat
 - (4) Berkeringat atau kulit lembab, dingin
 - (5) Napas cepat (lebih dari 30 x/menit)
 - (6) Cemas, bingung atau tidak sadar
 - (7) Produksi urin sedikit (kurang dari 30 ml/jam)
- o) Tanda dan gejala persalinan dengan fase laten yang memanjang :
 - (1) Pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam
 - (2) Kontraksi teratur (lebih dari 2 dalam 10 menit)
- p) tanda dan gejala belum inpartu :
 - (1) Kurang dari 2 kontraksi dalam 10 menit, berlangsung kurang dari 20 detik
 - (2) Tidak ada perubahan serviks dalam waktu satu sampai dua jam.
- q) Tanda dan gejala partus lama :
 - (1) Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada
 - (2) Pembukaan serviks kurang 1 cm per jam
 - (3) Kurang dari dua kontraksi dalam waktu 10 menit, masing-masing berlangsung kurang 40 detik (Ibnu Pranoto, dkk 2014: 77).

5) Partograf

Partograf adalah alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi, anamnesis, dan pemeriksaan fisik ibu dalam persalinan, dan sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinik selama kala I persalinan.

Tujuan utama penggunaan partograf adalah mengamati dan mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam dan menentukan normal atau tidaknya persalinan serta mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi mengenai kemungkinan persalinan lama. Partograf dapat di gunakan untuk semua ibu selama fase aktif kala I persalinan; selama persalinan dan kelahiran di semua tempat seperti rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit dll.

a. Bagian Partograf

Partograf berisi ruang untuk mencatat hasil pemeriksaan yang dilakukan selama kala I persalinan yang mencakup kemajuan persalinan, keadaan janin, dan keadaan ibu.

1) Kemajuan Persalinan

Kemajuan persalinan yang di catat dalam partograf meliputi pembukaan serviks, penurunan kepala janin, dan kontraksi uterus.

a) Keadaan Janin

Keadaan janin yang dicatat dalam partograf meliputi DJJ, warna dan jumlah air ketuban, molase serta tulang kepala janin.

b) Keadaan Ibu

Keadaan ibu mencakup nadi, tekanan darah, suhu, urine, seperti volume dan protein, dan obat serta cairan intravena atau IV.

2) Pencatatan Selama Fase Laten Dan Fase Aktif Persalinan

a) Pencatatan Selama Fase Laten

Fase laten ditandai dengan pembukaan serviks 1-3 cm. Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat terpisah dari partogra, yaitu pada catatan atau Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan dan semua asuhan serta intervensi harus dicatat.

Waktu penilaian, kondisi ibu, dan kondisi janin pada fase laten meliputi :

- (1) Denyut jantung janin, frekuensi dan lam kontraksi uterus, nadi setiap 1 jam
- (2) Pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah, dan suhu setiap 2 sampai 4 jam

Apabila di temui tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi harus lebih sering dilakukan.

3) Pencatatan Selama Fase Aktif

Fase aktif ditandai dengan pembukaan serviks 4-10 cm. Selama fase aktif persalinan, pencatatan hasil observasi dan pemeriksaan fisik dimasukkan kedalam partograf. Pencatatan tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut :

a) Informasi tentang ibu

- (1) Nama, umur
- (2) Gravida, para, abortus

- (3) Nomor catatan medis atau nomor puskesmas
- (4) Tanggal dan waktu mulai dirawat
- (5) Waktu pecah ketuban
- b) Kondisi janin
 - (1) Denyut jantung janin setiap 30 menit
 - (2) Warna dan adanya air ketuban
 - (3) Penyusupan (molase) kepala janin
- c) Kemajuan persalinan
 - (1) Pembukaan serviks setiap 4 jam
 - (2) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
 - (3) Garis waspada dan garis bertindak
- d) Jam dan waktu
 - (1) Waktu mulai fase aktif persalinan
 - (2) Waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian.
- e) Kontraksi uterus
 - (1) Frekuensi dan lamanya
- f) Obat dan cairan yang diberikan
 - (1) Oksitosin
 - (2) Obat lain dan cairan Intra Vena yang diberikan
- g) Kondisi ibu
 - (1) Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh
 - (2) Urine (volume, aseton, atau protein)

h) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya.

4) Pencatatan Dan Temuan Pada Partograf

Dilengkapi pada bagian awal (atas) partograf, saat memulai asuhan persalinan.

a) Kesehatan dan Kenyamanan Janin

Menilai dan mencatat setiap 30 menit (lebih sering, jika ada tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian tersebut menunjukkan waktu 30 menit, kisaran normal DJJ terpanjang pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100. Akan tetapi, penolong harus sudah aspada bila DJJ dibawah 120 atau diatas 160.

b) Warna dan Adanya Ketuban

Warna ketuban dinilai setiap melakukan pemeriksaan dalam, selain warna air ketuban, jika pecah. Catat temuan dalam kontak yang sesuai di bawah lajur DJJ dan gunakan lambing berikut.

U = ketuban utuh (belum pecah)

J = ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M = ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D = ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K = ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering)

Mekonium dalam air ketuban tidak selalu menunjukkan gawat janin. Apabila terdapat mekonium, pantau DJJ secara seksama untuk mengenali tanda gawat janin (DJJ <100 atau >180 kali per menit) selama proses persalinan.

c) Molase (Penyusupan Kepala Janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (*Cephalopelvic disproportionate*, CPD). Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan kepala janin dan catat temuan dibawah lajur air ketuban dengan menggunakan lambang berikut ini .

0 = Tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi

1 = Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2 = Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, namun masih dapat dipisahkan

3 = Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat di pisahkan.

d) Kemajuan Persalinan

Kolom dan lajur pada partograf adalah pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 pada tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Masing-masing kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit.

e) Pembukaan Serviks

Penilaian dan pencatatan pembukaan serviks dilakukan setiap 4 jam (lebih sering, jika terdapat tanda penyulit). Tanda “X” harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan laju besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di

garis waspada. Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

f) Penurunan Bagian Terbawah Atau Presentasi Janin

Setiap melakukan pemeriksaan dalam (4 jam atau lebih), jika terdapat tanda penyulit, catat dan nilai penurunan bagian terbawah atau presentasi janin. Kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin pada persalinan normal. Akan tetapi, penurunan bagian terbawah janin terkadang baru terjadi setelah pembukaan serviks 7 cm. Penurunan kepala bayi harus selalu diperiksa dengan memeriksa perut ibu sesaat sebelum pemeriksaan dalam dengan ukuran perlimaan diatas pintu atas pangul (PAP).

Beri tanda “o” pada garis waktu yang sesuai dengan garis tidak terputus 0-5 yang tertera di sisi yang sama dengan pembukaan serviks. Hubungkan tanda “o” dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

g) Garis Waspada dan Garis Bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dengan pembukaan lengkap yang diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspadah. Apabila pembukaan serviks mengarah kesebelah kanan garis waspada, penyulit yang ada harus di pertimbangkan (misalnya fase aktif memanjang, macet dll).

h) Jam dan Waktu

Waktu dimulai fase aktif persalinan,.Bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan kepala janin) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menanyakan waktu satu jam sejak dimulai fase aktif persalinan. Waktu actual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi dibawahnya.

Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catatkan pembukaan serviks di garis waspada, lalu catatkan waktu actual pemeriksaan tersebut di kotak yang sesuai.

i) Kontraksi Uterus

Terdapat lima lajur dengan tulisan “ kontraksi setiap 10 menit “ di sebelah luar kolom paling kiri dibawah lajur waktu partograf. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi.Tiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lama satuan detik >40 detik.

j) Obat dan Cairan yang Diberikan

(1) Oksitosin

Apabila tetesan (drip) oksitosin telah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan pervolume cairan intra vena dan satuan tetesan permenit.

(2) Obat lain dan cairan intra vena

Catat semua pemberian obat tambahan dan.Atau cairan intravena dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

- 5) Kesehatan dan Kenyamanan Ibu
- 6) Asuhan, Pengamatan Dan Keputusan Klinik Lainnya.

Catatan semua asuhan lain, hasil pengamatan, dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan aktu saat membuat catatan persalinan. Asuhan pengamatan, dan/ atau keputusan klinik mencakup jumlah cairan oral yang diberikan, seperti keluhan sakit kepala atau penglihatan kabur, konsultasi dengan penolong persalinan lainnya (dokter obgin, bidan, dokter umum), persiapan sebelum melakukan rujukan dan upaya

b. Kala II (kala pengeluaran)

1. Pengertian kala II

Kala II persalinan di sebut juga kala pengeluaran yang merupakan peristiwa terpenting dalam proses persalinan karena objek yang dikeluarkan adalah objek utama yaitu bayi. (Widia, 2015: 128)

2. Perubahan fisiologis yang terjadi pada kala II persalinan

- a) His menjadi lebih kuat dan sering
 - (1) Air ketuban yang telah keluar membuat dinding uterus menjadi lebih dekat dengan fetus, sehingga kekuatan kontraksi lebih intensif untuk mendorong keluar fetus.
 - (2) Vagina yang meregang karena turunnya kepala bayi akan membuat kontraksi jadi lebih baik.
- b) Timbulnya tenaga untuk mengedan

- (1) His yang sering dan kuat disebabkan oleh kontraksi otot dinding perut yang mengakibatkan tingginya tekanan intra abdominal sehingga kepala bayi menekan otot dasar panggul dan secara releks menimbulkan raa mencedan.
- c) Perubahan dalam dasar panggul
- (1) Perubahan letak kandung kemih, kandung kemih akan naik ke arah rongga perut agar tidak mendapatkan tekanan pada kepala bayi, inilah pentingnya pengosongan kandung kemih agar jalan lahir lebih luas, dan kepala bayi dapat lewat.
 - (2) Perubahan pada rectum, dengan adanya kepala bayi di dasar panggul maka dasar panggul bagian belakang akan terdorong kebawah sehingga rectum tertekan oleh kepala bayi.
 - (3) Adanya tekanan pada kepala membuat perineum menjadi tipis dan mengembang atau menonjol.
- d) Lahirnya janin
- (1) Dimulai dengan tampaknya kepala anak di vulva, dengan kontraksi uterus dan sedikit mencedan, secara bertahap kepala bayi dapat keluar.
 - (2) Lalu di ikuti dengan pengeluaran bahu bersama cairan ketuban yang tertinggal yang membantu melicinkan jalan lahir lalu di ikuti pengeluaran seluruh badan (Widia, 2015: 128-129)

3. Tanda Dan Gejala Kala II

Kala II dimulai sejak pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi, gejala dan tanda kala II adalah :

- a) Adanya pembukaan lengkap (tidak teraba lagi bibir porsio), ini terjadi karena adanya dorongan bagian terbawah janin yang masuk kedalam dasar panggul karena kontraksi uterus yang kuat sehingga porsio membuka secara perlahan.
- b) His yang lebih sering dan kuat (\pm 2-3 menit 1 kali) dan timbul rasa mencedan, karena biasanya dalam hal ini bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan.
- c) Adanya pengeluaran darah bercampur lendir, disebabkan oleh adanya robekan serviks yang meregang.
- d) Pecahnya kantung ketuban, karena kontraksi yang menyebabkan terjadinya perbedaan tekanan yang besar antara tekanan di dalam uterus dan diluar uterus sehingga kantung ketuban tidak dapat menahan tekanan isi uterus akhirnya kantung ketuban pecah.
- e) Anus membuka, karena bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga menekan rectum dan rasa buang air besar, hal ini menyebabkan anus membuka.
- f) Vulva terbuka, perineum menonjol, karena bagian terbawah janin yang sudah masuk PBP dan ditambah pula dengan adanya his serta kekuatan mencedan menyebabkan vulva terbuka dan perineum menonjol, karena perineum bersifat elastic.
- g) Bagian terdepan anak kelihatan pada vulva, karena labia membuka, perineum menonjol menyebabkan bagian terbawah janin terlihat di vulva, karena ada his

dan tenaga mendedan menyebabkan bagian terbawah janin dapat dilahirkan (Widia, 2015: 129-130).

4. Perubahan Psikologis Ibu Pada Kala II Persalinan

Perubahan psikologis keseluruhan seorang wanita yang mengalami persiapan persalinan sangat bervariasi, tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang ia terima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan yang diterima wanita dari pasangannya, orang terdekat lain, keluarga dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang diinginkan atau tidak.

Dukungan yang diterima atau tidak diterima oleh seorang wanita dilingkungan tempat dia melahirkan, termasuk dari mereka yang mendampingi, sangat mempengaruhi aspek psikologisnya pada saat kondisinya sangat rentan setiap kali kontraksi timbul juga pada saat nyeri timbul secara berkelanjutan (Ai Yeyeh, dkk 2014: 37-38).

5. Mekanisme Persalinan Normal

Pada akhir kala 1, segmen uterus, serviks, dasar panggul, dan pintu keluar vulva membentuk satu jalan lahir yang continue. Gaya yang diperlukan untuk mengeluarkan janin berasal dari aktifitas otot uterus dan dari otot abdomen sekunder dan diafragma, yang memperkuat kontraksi sewaktu kepala janin melewati panggul, kepala bayi akan melakukan gerakan-gerakan utama meliputi

a) Turunnya kepala

Turunnya kepala di bagian dalam :

1) Masuknya kepala dalam pintu atas panggul (PAP)/engagement

Masuknya kepala kedalam PAP pada primigravida terjadi di bulan akhir kehamilan sedangkan pada multigravida biasanya terjadi pada awal persalinan. Kepala masuk ke PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan flexi yang ringan. Masuknya kepala melintasi PAP dalam kuadran syinclitismus, yaitu arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP atau sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir/ tepat diantara simfisis dan promotorium sehingga, dari parietal depan dan belakang sama tingginya.

Kepala yang masuk dengan keadaan asyinclitismus yaitu arah kepala janin miring dengan bidang PAP atau sutura sagitalis agak kedepan mendekati simfisis/agak kebelakang mendekati promotorium. Asyinclitismus posterior belakang bila sutura sagitalis mendekati simfisis dari parietal biasa lebih rendah dari parietal depan, atau apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip kebelakang dengan PAP. Asyinclitismus anterior yaitu bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga parietal depan lebih rendah dari parietal belakang, atau apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan PAP.

2) Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kerongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi secara bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan fleksi, putaran faksi dalam, dan extensi.

Penyebab majunya kepala :

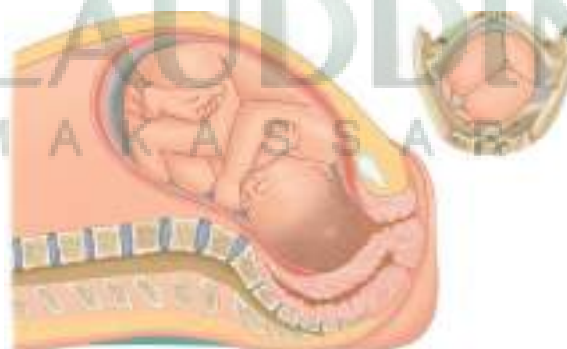
- (a) Tingkat cairan intra uterin
- (b) Tekanan langsung oleh fundus pada bokong
- (c) Kekuatan mengedan
- (d) Melurusnya badan anak oleh pelurusan bentuk rahim.

3) Flexi

Dengan majunya kepala, biasanya flexi juga bertambah hingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya flexi ialah bahwa ukur kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir : diameter sub occipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan sub occipito frontalis (11 cm).

Penyebab flexi :

- (a) Anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, cerviks, dinding panggul atau dasar panggul.
- (b) Akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetris dengan sumbu mendekati subocciput, tahanan oleh jaringan dibawahnya terhadap kepala anak akan menurun/menurut hukum Koppel.



Gambar 2.1 Fleksi, dagu dibawah lebih dekat ke arah dada janin.

Sumber: (*Google Image*).

4) Putaran paksi dalam

Yang dimaksud putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar kedepan dibawah symfisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang memutar kedepan dibawah symfisis.

Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam tidak terjadi tersendiri, tetapi selalu bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai hodge III, kadang-kadang baru setelah kepala sampai didasar panggul.

Penyebab putaran paksi dalam.

- (a) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- (b) Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis, m. levator ani kiri dan kanan.
- (c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

5) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada

pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala terjadi dua kekuatan, yang satu mendesaknya kebawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya keatas. Resultannya ialah kekuatan kearah depan atas.

Setelah subocciput tertahan pada pinggir bawah symfisis maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut diatas bagian yang berhadapan dengan subocciput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Subocciput yang menjadi pusat pemutaran disebut hypomochilion.



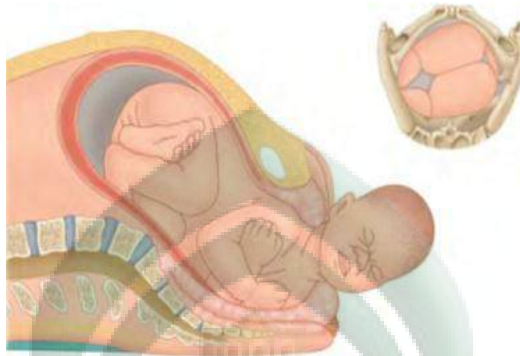
Gambar 2.2 Gerakan kepala janin pada defleksi.

Sumber: (Google Image).

6) Putaran Paksi Luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran retribusi (putaran balasan). Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sepihak (disisi kiri). Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya

dan disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.



Gambar 2.3 Gerakan kepala janin melakukan putaran paksi luar.

Sumber: (*Google Image*).

7) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomochilion dan kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Ai Nurasih, dkk 2014: 144).

6. Langkah-langkah Pertolongan Persalinan

a. Mengenali Gejala dan Tanda Kala II

- 1) Mendengar dan melihat tanda gejala kala II
 - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran (doran)
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina (tekusus)
 - c) Perineum tampak menonjol (perjol)
 - d) Vulva dan singter ani membuka (vulka)

b. Menyiapkan pertolongan persalinan

- 1) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan BBL.
- 2) Pakai celemek palastik
- 3) Mencuci tangan (sekitar 15 detik) dan keringkan dengan tissue/handuk.
- 4) Pakai sarung tangan DDT pada tangan yang digunakan untuk PD.
- 5) Masukkan oksitosin kedalam spuit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DDT/steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada spuit)

c. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik

- 1) Membersihkan vulva dan perineum, mengusapnya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas DTT.
- 2) Lakukan pemeriksaan dalam (PD) untuk memastikan pembukaan lengkap (bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi).
- 3) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 4) Periksa DJJ setelah kontraksi/ saat relaksasi uterus bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).

d. Menyiapkan Ibu dan Keluarga Untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran

- 1) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- 2) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 3) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
 - a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai;
 - c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya, kecuali posisi terlentang dalam waktu yang lama; Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi;
 - d) Anjurkan keluarga memberi dukungandan semangat untuk ibu; Berikan asupan peroral yang cukup;
 - e) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai; Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit meneran (primigravida) atau 60 menit meneran (multigravida).

- 6) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 1) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 2) Letakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 3) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 4) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

f. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

Lahirnya Kepala Bayi

- 1) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering.
- 2) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
- 3) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya Bahu

- 4) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal.

Lahirnya Badan dan Tungkai

- 5) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 6) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki serta pegang masing-masing kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

g. Penanganan Bayi Baru Lahir

- 1) Lakukan penilaian selintas
 - a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan ?
 - b) Apakah bayi bergerak aktif ?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau menggap-mengap lakukan langkah resusitasi (lanjut kelangkah resusitasi pada asfiksia BBL).
- 2) Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks caseosa. Ganti handuk yang basah dengan handuk kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.
- 3) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)
- 4) Beritahu ibu bahwa ia akan di suntikkan oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

- 5) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menuntikkan oksitosin).
- 6) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 7) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
 - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntikan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci dengan sisi lainnya.
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah di sediakan.
- 8) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
- 9) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

h. Penatalaksanaan Akti Persalinan Kala III

- 1) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 2) Letakkan satu tangan di atas kain pada perutibu, ditepi atas simpisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

- 3) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri).
- a) Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.
- b) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

- 4) Lakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap melakukan tekanan dorso cranial)
- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :
 - (1) Beri dosis ulang oksitosin 10 unit IM
 - (2) Lakukan kateterisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh.
 - (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - (4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual.

- 5) Saat plasenta muncul di intoitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar palsenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT/steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

Rangsangan Taktil (Masase) Uterus

- 6) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di undus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

i. Menilai perdarahan

- 1) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic dan tempat khusus.
- 2) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan.

j. Melakukan prosedur pasca persalinan

- 1) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

- 2) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit dada ibu paling sedikit 1 jam.
- 3) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan dan pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotic profilaksis dan vitamin K 1 mg IM di paha kiri antero lateral.
- 4) Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan antero lateral.

k. Evaluasi

- 1) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan pencegahan perdarahan pervaginam
- 2) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 3) Evaluasi dan estimulasi jumlah kehilangan darah.
- 4) Memeriksa nadi ibu dan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 5) Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5⁰ C).

l. Kebersihan dan Keamanan

- 1) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan clorin 0,5 % untuk dekontaminasi.
- 2) Buang bahan – bahan yang terkontaminasi ke tempat yang sesuai.
- 3) Bersikan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lender dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 4) Pastikan ibu merasa aman dan nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 5) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
- 6) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, balik bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 7) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

m. Dokumentasi

Lengkapi partograf (halaman delapan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV (Widia, 2015: 152-161).

7. Komplikasi dan Penyulit Persalinan Kala II

a. Distosia Bahu

Distosia bahu (bahu macet) yaitu kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet di atas simfisis pubis dan tidak dapat masuk melalui pintu bawah pangul, bahu menjadi tidak dapat digerakkan. Bahu posterior juga dapat macet di atas promotorium sacral, walau pun jarang terjadi. Distosia bahu umumnya terjadi pada bayi yang makrosomia, yakni suatu keadaan yang ditandai oleh ukuran badan bayi yang relative lebih besar dari ukuran kepala dan bukan semata-mata berat bayi yang >4000 gram.

Penanganan distosia bahu, yaitu dengan melakukan Manuver McRobert (posisi lutut-dada) dengan cara ambil posisi jongkok lebar atau posisi litotomi berlebihan dengan paha menyentuh dada dan ibu dalam posisi setengah duduk.

Posisi ini memungkinkan Outlet panggul bertambah lebar. Fleksi yang berlebihan dari kaki akan meluruskan sacrum relative terhadap lumbar tulang punggung. Fleksi yang berlebihan dari panggul dan dengkul akan meluruskan dan memungkinkan sudut panggul untuk menampung diameter yang lebih besar dari bahu (Lailiyana, dkk, 2012: 62-63).

c. Kala III (kala uri)

1. Pengertian Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta atau uri. Partus kala III disebut juga kala uri. Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena tempat perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus (Ina Kuswanti, dkk 2014: 199).

2. Mekanisme Pelepasan Plasenta

Plasenta adalah massa yang bulat dan datar. Permukaan maternal plasenta berwarna antara kebiruan dan kemerahan serta berlobus-lobus. Pertukaran darah janin dan maternal terjadi pada bagian maternal plasenta tersebut. Pertukaran tersebut berlangsung tanpa terjadi pencampuran antara darah maternal dan darah janin. Permukaan fetal plasenta halus, berwarna putih, dan mengkilap serta permukaannya dapat dilihat cabang vena dan arteri umbilikal. Dua selaput ketuban

yang melapisi permukaan fetal adalah korion dan amnion, yang memanjang sampai ujung bagian luar kantong yang berisi janin dan cairan amnion.

Tali pusat membentang dari umbilicus janin sampai ke permukaan fetal plasenta. Tali pusat umumnya memiliki panjang sekitar 56 cm. tali pusat tersebut mengandung tiga pembuluh darah, dua arteri yang berisi darah kotor janin menuju plasenta dan satu vena yang mengandung oksigen menuju janin. Pemisahan plasenta ditimbulkan dari kontraksi dan retraksi mimetrium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil, sehingga plasenta mulai memisahkan diri dari dinding uterus. Plasenta tidak elastic seperti uterus memisahkan diri dari dinding uterus.

Plasenta tidak elastic seperti uterus yang dapat berkontraksi atau bertraksi. Bekuan darah terbentuk pada area pemisah. Berat bekuan darah tersebut menambah tekanan pada plasenta dan selanjutnya membantu pemisahan. Kontraksi uterus yang selanjutnya akan melepaskan keseluruhan plasenta dari uterus dan mendorongnya keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah retroplasenta (Nurul Jannah, 2017: 142-143).

3. Tanda – Tanda Lepasnya Plasenta

a. Berubahan Bentuk dan Tinggi Fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segi tiga, atau

seperti buah pir atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

b. Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda *ahfeld*)

c. Semburan darah yang mendadak dan singkat.

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacenta pooling) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya, darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang lepas (Ai Nursiah, dkk 2014: 154-155).

4. Metode Pelepasan Plasenta

a) Metode *Scultze*

Metode yang lebih umum terjadi adalah plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kanton amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus.

b) Metode *Matthews Duncan*

Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu seperti kancing yang memasuki lubang baju, sehingga sebagian plasenta tidak berada dalam kantong. Walaupun demikian sebagian selaput ketuban berpotensi tertinggal dengan metode ini karena selaput ketuban tidak terkelupas semua selengkap metode *Schultze*. Metode ini berkaitan

dengan plasenta letak rendah didalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lam dan darah yang hilang sangat banyak karena hanya sedikit serat oblik dibagian bawah segmen (Nurul Jannah, 2017: 144-145).

5. Pengeluaran Plasenta

Plasenta yang sudah lepas dan menempati segmen bawah rahim, kemudian melalui servik, vagina dan dikeluarkan ke introitus vagina. (Ina Kuswanti, dkk 2014)

Dari tempat ini plasenta didorong keluar oleh tenaga menegjan, 20% secara spontan dan selebihnya memerlukan pertolongan. Plasenta dikeluarkan dengan melakukan tindakan manual bila :

- a) Perdarahan lebih dari 400 sampai 500 cc
- b) Terjadi restensio plasenta
- c) Bersamman dengan tindakan yang di sertai narkosa
- d) Dari anamnese terdapat perdarahan hibitualis.

Lahirnya plasenta lebih baik dengan bantuan penolong dengan sedikit tekanan pada fundus uteri setelah plasenta lepas. Tetapi pengeluaran plasenta jangan dipaksakan sebelum terjadi pelepasan karena dikhawatirkan menyebabkan inversio uteri. Traksi pada tali pusat tidak boleh digunakan untuk menarik plasenta keluar dari uterus. Pada saat korpus di tekan, tali pusat tetap di regangkan. Maneuver ini diulangi sampai plasenta mencapai introitus, setelah introitus penekanan dilepaskan.

Tindakan hati-hati diperlukan untuk mencegah membrane tidak terputus dan tertinggal., jika membrane robek pegang robekan tersebut dengan klem dan tarik perlahan. Dan periksa plasenta secara hati-hati untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang tertinggal (Ai Nursiah, 2014: 157-158).

6. Pemeriksaan Plasenta

Pemeriksaan plasenta meliputi hal-hal sebagai berikut :

- a) Selaput ketuban utuh atau tidak
- b) Plasenta (ukuran plasenta) terdiri atas
 - 1) Bagian maternal, jumlah kotiledon, keutuhan pinggir kotiledon
 - 2) Bagian fetal, utuh atau tidak.
- c) Tali pusat, meliputi :
 - 1) Jumlah arteri dan vena,
 - 2) Adakah arteri atau vena yang terputus untuk mendeteksi plasenta suksenturia,
 - 3) Inseri tali pusat, apakah sentral, marginal, panjang tali pusat (Nurul Jannah, 2017: 149).

7. Kebutuhan Ibu Pada Kala III

Kebutuhan ibu bersalin selama kala III dapat meliputi ketertarikan ibu pada bayi, dengan cara mengamati bayinya, menanyakan jenis kelamin bayi, jumlah jari, dan mulai menyentuh bayinya. Selain itu, ibu dapat juga memberikan perhatian pada dirinya sehingga bidan perlu menjelaskan kondisi ibu (seperti ada

tidaknya penjahitan) dan memberikan bimbingan tentang kelanjutan tindakan dan perawatan ibu (Nurul Jannah, 2017: 149).

8. Deteksi dan Komplikasi Kala III

a. Perdarahan kala III

Perdarahan pasca persalinan adalah perdarahan atau hilangnya darah 500 cc atau lebih yang terjadi setelah anak lahir. Perdarahan dapat terjadi sebelum, selama, atau sesudah lahirnya plasenta.

Perdarahan menurut waktunya dibagi atas :

- 1) perdarahan post partum primer (*early postpartum hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir.
- 2) Perdarahan postpartum skunder (*late postpartum hommorhage*) yang terjadi antara 24 jam dan 6 minggu setelah anak lahir(Widia, 2015: 204-205).

b. Penyebab Perdarahan Kala III

a) Atonia Uteri

Atonia uteri didefinisikan sebagai suatu kondisi kegagalan berkontraksi dengan baik setelah persalinan. Pada kondisi tertentu, otot rahim tersebut tidak mampu berkontraksi atau walaupun ada, kontraksi tersebut kurang kuat. Akibatnya perdarahan yang terjadi dari tempat implantasi plasenta tidak akan berhenti sehingga kondisi tersebut sangat membahayakan ibu.

(1) Penyebab Atonia Uteri

Penyebab atonia uteri belum diketahui secara pasti. Akan tetapi terdapat beberapa factor predisposisi atonia uteri.

- (a) Distensi Rahim yang Berlebihan
- (b) Pemanjangan Masa persalinan atau Partus Lama
- (c) Grandemultipara (Paritas 5 atau Lebih)
- (d) Kehamilan dengan Mioma Uteri.

Factor predisposisi lain adalah persalinan buatan (*section caesarea* atau SC, forsep, dan ekstraksi vakum), persalinan lewat waktu dan korioamnionitis.

(2) Tanda dan Gejala

Mengenal tanda dan gejala sangat penting dalam penentuan diagnosis dan penatalaksanaanya. Tanda dan gejala tersebut meliputi perdarahan pervaginam, konsistensi rahim lunak, fundus uteri naik dan syok.

b) Laserasi Jalan Lahir atau Robekan Perineum

Robekan perineum terjadi hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Akan tetapi, hal tersebut dapat di hindari atau dikurangi dengan cara mencegah kepala janin melewati dasar panggul dengan cepat.

c) Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah keadaan plasenta yang tertahan atau belum lahir hingga melebihi waktu 30 menit setelah bayi lahir. Plasenta biasanya terlepas dari

tempat implantasinya pada keadaan normal 15 menit setelah bayi lahir. Kelainan Pembekuan Darah

Perdarahan yang telah di jelaskan sebelumnya umumnya terjadi akibat pembekuan darah intravascular merata dan kelainan bawaan pada mekanisme pembekuan darah. Penyakit kelainan pembekuan darah seperti amfibrinogenemia atau hipofibrinogenemia sangat membahayakan jiwa ibu, bila tidak cepat di tanggulasi(Nurul Jannah, 2017: 151-156).

d. Kala IV (Kala pemantauan)

Kala IV ditetapkan sebagai waktu dua jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi anita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Dengan cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan postpartum dapat dikurangi atau dihindarkan (Dwi Asri,dkk 2012: 95).

Setelah kelahiran plasenta, periksa kelengkapan dari plasenta dan selaput ketuban. Jika masih ada sisa plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal dalam uterus akan mengganggu kontraksi uterus sehingga menyebabkan perdarahan. Jika dalam waktu 15 menit uterus tidak berkontraksi dengan baik, maka akan terjadi atonia uteri. Oleh karena itu, diperlukan tindakan rangsangan taktil (*maasase*) undus uteri, dan bila perlu dilakukan kompresi bimanual (Widia, 2014: 226).

1. Pemeriksaan Serviks, Vagina Dan Perineum

Untuk mengetahui apakah ada tidaknya robekan jalan lahir, periksa darah perineum, vagina dan vulva. Setelah bayi lahir, vagina akan mengalami

peregangan, oleh kemungkinan oedema dan lecet. Introitus vagina juga akan tampak terluka dan terbuka. Sedangkan vulva bisa berwarna merah, bengkak dan mengalami lecet (Ai Nursiah, dkk 2014: 181).

2. Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

Sebagian besar kematian ibu pada periode pasca persalinan terjadi pada 6 jam pertama setelah persalinan. Kematian ini disebabkan oleh infeksi, perdarahan dan eklampsia. Oleh karena itu pemantauan selama dua jam pertama persalinan postpartum sangat penting (Ai Nursiah, dkk 2014: 182)

Pemantauan dan evaluasi lanjut dapat berupa :

- a) Tanda Vital
- b) Kontraksi Uterus
- c) Lochea
- d) Kandung Kemih
- e) Perineum (Nurul Janna, 2017: 169-171)

3. Tanda Bahaya Kala IV

Selama kala IV, bidan harus memberitahu ibu dan keluarga tentang tanda bahaya :

- a. Demam
- b. Perdarahan aktif
- c. Pembekuan darah banyak
- d. Bau busuk dari vagina
- e. Pusing.

- f. Lemas luar biasa.
- g. Kesulitan dalam menyusui
- h. Nyeri panggul atau abdomen yang lebih dari kram uterus biasa (Widia, 2015: 239)

B. Tinjauan Umum Tentang Standar Pelayanan Kebidanan Dalam Persalinan

Standar pelayanan kebidanan menurut IBI adalah :

1. Standar 8 : Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester III untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba – tiba terjadi keadaan gawat darurat, bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah.

2. Standar 9 : Asuhan persalinan kala I

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah dimulai. Kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien selama proses persalinan berlangsung.

3. Standar 10 : Persiapan kala II yang aman

Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat

4. Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap

5. Standar 12 : Penanganan kala II

Bidan mengenali secara tepat tanda – tanda gawat janin pada kala II yang lama dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan diikuti dengan penjahitan perineum.

6. Standar 18 : Penanganan Kegawatan Pada Partus Lama / Macet

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala partus lama/macet serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu atau merujuknya.

7. Standar 20 : Penanganan retensio plasenta

Bidan mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan, sesuai dengan kebutuhan

8. Standar 21 : Penanganan perdarahan post partum primer

Bidan mampu mengenali perdarahan yang berlebihan dalam 24 jam pertama setelah persalinan (perdarahan postpartum primer) dan segera melakukan pertolongan pertama untuk mengendalikan perdarahan.

9. Standar 22 : Penanganan perdarahan post partum sekunder

Bidan mampu mengenali secara tepat dan dini tanda serta gejala perdarahan post partum sekunder dan melakukan pertolongan pertama untuk penyelamatan jiwa ibu atau merujuknya.

C. Tinjauan Umum Tentang Asuhan Persalinan Normal

1. Pengertian Asuhan Persalinan Normal

- a. Persalinan normal adalah persalinan beresiko rendah dengan kelahiran spontan dan presentasi fetus vertex pada usia kehamilan 37-42 minggu, dengan hasil akhir ibu dan bayinya berada dalam kondisi yang baik setelah melahirkan (Cunningham, 2012 : 155).
- b. Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang diberikan pada ibu dan bayi baru lahir dalam proses persalinan berdasarkan evidence based sehingga mencegah mortalitas dan morbiditas (Indryani. 2012 : 26).

2. Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Dengan pendekatan ini maka setiap intervensi yang diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (Sujiyatini, 2013 : 85).

3. Aspek Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan Normal

Ada lima aspek dasar, atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman, berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal atau patologis, lima benang merah tersebut sebagai berikut :

1) Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan keputusan klinik tersebut dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti (*evidence based*), keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien (Indryani. 2012 : 14).

2) Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi mereka akan mendapat rasa aman dan hasil yang lebih baik (Indryani. 2012 : 14)

3) Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi merupakan tindakan melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur. Pencegahan infeksi adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan

harus dilaksanakan secara rutin pada saat menolong persalinan dan kelahiran bayi (Affandi, 2012 : 56).

4) Pencatatan (Rekam Medik) Asuhan Persalinan

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Partogaraf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan.

5) Rujukan

Rujukan adalah kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan mengalami persalinan normal namun 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk penatalaksanaan kasus gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir (Affandi, 2012 : 57).

D. Tinjauan Persalinan Dalam Islam

Pertolongan persalinan yang alami (normal) yang biasa dilakukan pada umumnya, tetapi disini di masukkan nilai-nilai Ruhiah sehingga ibu dan bayi sehat secara Rohani dan Jasmani.

Persiapan persalinan itu meliputi persiapan fisik, psikologis dan sosial. Tetapi dalam Islam itu di maknakan sebagai kekuatan iman. Pada saat persaliann ibu harus berjuang menahan rasa sakit yang amat sangat, dan alangkah sia-sianya apabila perjuangan itu berlalu begitu saja tanpa di manfaatkan sebagai cara untuk mendekatkan diri kepada Allah Swt.

Seorang ibu yang akan berjuang (melahirkan) tentunya harus mutlak tergantung kepada pertolongan Allah Swt, sedangkan para bidan atau dokter hanya membantu saja. Disinilah nilai tambah dari persalinan Islami. Proses persalinan akan dialami dengan menggantungkan harapan pada Allah Swt. Dzikir dan doa akan menguatkan jiwanya dan disisi lain kebaikan serta pahala akan dia dapatkan. Firman Allah Swt dalam Q.S An-Nahl (16) : 78 : *Allah Swt yang mengeluarkan kamu dari perut ibumu."*

Dia yakin Allah Swt yang menentukan pada hari apa, jam berapa anaknya akan lahir, hingga kepasrahan dirinya membuat otot-otot jalan lahir menjadi relaksasi untuk bisa dilalui oleh janin dan hormon-hormon persalinan menjadi sangat maksimal untuk berfungsi, sedangkan hormon adrenalin yang membuat ibu menjadi tegang dan labil akan tertekan.

Hadist riwayat Ibnu Atsir : *"Bila seorang wanita menderita sakit saat persalinan dan dia mengikhlaskan rasa sakitnya itu maka ia akan mendapat pahala setara dengan pahala seorang prajurit yang berperang dijalan Allah Swt dalam keadaan berpuasa"* (Affandi, 2012 : 20).

E. Al-Qur'an Tentang Persalinan

Ayat-ayat Al-Qur'an yang menjelaskan tentang persalinan umumnya terkait dengan tanda-tanda adanya Allah, kebesaran dan kekuasaan Nya. Diantaranya, Al-Qur'an surah Al – Hajj/ : 5.

يَتَأْتِيهَا النَّاسُ إِنْ كُنْتُمْ فِي رَيْبٍ مِّنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنٰكُمْ مِّن تُّرَابٍ ثُمَّ مِّن نُّطْفَةٍ ثُمَّ مِّن عَلَقَةٍ ثُمَّ مِّن مُّضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقَرُّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ وَمِنْكُمْ مَّن يُتَوَفَّىٰ وَمِنْكُمْ مَّن يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْذَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِن بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا وَتَرَىٰ الْأَرْضَ هَامِدَةً فَإِذَا أَنزَلْنَا عَلَيْهَا الْمَاءَ اهْتَزَّتْ وَرَبَتْ وَأُنْبِتَتْ مِن كُلِّ زَوْجٍ بَهِيجٍ ﴿٥﴾

Terjemahnya :

“Hai manusia, jika kamu dalam keraguan tentang kebangkitan (dari kubur), maka (ketahuilah) sesungguhnya Kami telah menjadikan kamu dari tanah, kemudian dari setetes mani, kemudian dari segumpal darah, kemudian dari segumpal daging yang sempurna kejadiannya dan yang tidak sempurna, agar Kami jelaskan kepada kamu dan Kami tetapkan dalam rahim, apa yang Kami kehendaki sampai waktu yang sudah ditentukan, kemudian Kami keluarkan kamu sebagai bayi, kemudian (dengan berangsur-angsur) kamu sampailah kepada kedewasaan, dan di antara kamu ada yang diwafatkan dan (adapula) di antara kamu yang dipanjangkan umurnya sampai pikun, supaya dia tidak mengetahui lagi sesuatupun yang dahulunya telah diketahuinya. Dan kamu lihat bumi ini kering, kemudian apabila telah Kami turunkan air di atasnya, hiduplah bumi itu dan suburlah dan menumbuhkan berbagai macam tumbuh-tumbuhan yang indah”(Kementerian Agama, Al-Qur'an dan Terjemahnya, 2013).

1.) Tafsir Al- Misbah

Ayat di atas menyatakan bahwa: Hai semua manusia, seandainya kamu dalam keraguan tentang keniscayaan hari kebangkitan serta kekuasaan kami

untuk menghidupkan manusia setelah meninggalkan dunia ini, maka camkanlah penjelasan kami ini: Sesungguhnya kamu tadinya tidak pernah ada di pentas wujud ini, lalu kami dengan kuasa kami menjadikanmu yakni orang tua kamu adam, dari tanah kemudian kamu selaku anak cucu adam kami jadikan dari *muftah* yakni setetes mani kemudian setetes mani itu kami jadikan *alaqah* setelah bertemu dengan indung telur yang melekat kuat di dinding rahim. kemudian *alaqah* itu mengalami proses dalam rahim menjadi *mudhghah* yakni sesuatu yang berupa sekerat daging kecil yang dapat di kunyah, ada *mudghah* yang sempurna kejadiannya sehingga dapat berproses sampai lahir menjadi manusia sempurna, dan ada juga yang tidak sempurna kejadiannya proses ini kami kemukakan agar kami jelaskan kekuasaan kami mencipta dari tiada menjadi ada, dan dari menjadi hidup, sekaligus menjadi bukti kuasa kami membangkitkan kamu setelah mati. Bukakankah perpindahan tanah yang mati *nurhfah* sampai akhirnya menjadi bayi yang segar bugar adalah bukti yang tidak dapat di ragukan tentang terjadinya peralihan mati menjadi hidup (Al-Misbah, 2002:154-157).

2.) Tafsir Ibnu Katsir

Yaitu hari kemudian di mana semua roh dan jasad menjadi satu dan bangkit hidup kembali kelak di hari kiamat. Asal mula kejadian kalian adalah dari tanah; yaitu asal mula penciptaan Adam a.s, nenek moyang mereka. Kemudian keturunannya diciptakan dari air mani yang hina. Demikian itu apabila *nutfah* telah berdiam di dalam rahim wanita selama empat puluh hari.

Selama itu ia mengalami pertumbuhan, kemudian bentuknya berubah menjadi darah kental dengan seizin Allah Swt. Setelah berlalu masa empat puluh hari lagi, maka berubah pula bentuknya menjadi segumpal daging yang masih belum berbentuk dan belum ada rupanya. Kemudian dimulailah pembentukannya, yang dimulai dari kepala, kedua tangan, dada, perut, kedua paha, kedua kaki, dan anggota lainnya. Adakalanya seorang wanita mengalami keguguran sebelum janinnya mengalami pembentukan, dan adakalanya keguguran terjadi sesudah janin terbentuk berupa manusia. Seperti yang dapat kalian saksikan sendiri. Yakni adakalanya janin menetap di dalam rahim tidak keguguran dan tumbuh terus menjadi bentuk yang sempurna.

Janin yang telah berbentuk dan janin yang masih belum terbentuk. Apabila telah berlalu masa empat puluh hari dalam keadaan berupa segumpal daging, maka Allah Swt mengutus seorang malaikat kepadanya. Malaikat itu diperintahkan-Nya untuk meniupkan roh ke dalam tubuh janin, lalu menyempurnakan bentuknya menurut apa yang dikehendaki oleh Allah Swt Swt., apakah tampan atau buruk, dan apakah laki-laki atau perempuan. Selain itu malaikat tersebut ditugaskan pula untuk menulis rezeki dan ajalnya, apakah celaka atau berbahagia.

Yakni dalam keadaan lemah tubuh, pendengaran, penglihatan, inderanya, kekuatan gerakanya, serta akal nya. Kemudian Allah Swt memberinya kekuatan sedikit demi sedikit, dan kedua orang tuanya merawatnya dengan penuh kasih sayang sepanjang hari dan malamnya. Memiliki kekuatan yang makin

bertambah sampai pada usia muda dan penampilan yang terbaiknya dalam usia mudanya dan sedang dalam puncak kekuatannya. Usia yang paling hina ialah usia pikun. Dalam usia tersebut seseorang lemah tubuhnya, tidak berkekuatan, akal serta pemahamannya pun lemah pula, semua panca inderanya tidak normal lagi dan daya pikirnya pun lemah. Bayi yang baru lahir hingga mencapai usia balig segala yang dikerjakannya berupa amal kebaikan tidak dicatatkan bagi orang tuanya atau kedua orang tuanya. Hal ini pun merupakan dalil lain yang menunjukkan kekuasaan Allah Swt Swt. dalam menghidupkan orang-orang yang telah mati, sebagaimana dia menghidupkan bumi yang kering tandus, tidak ada tanaman apa pun padanya. (Tafsir Ibnu Katsir, 2003 : 499).

3.) Tafsir Al – Miraghi

Tafsir dari surah ini yaitu apabila manusia bimbang akan hari kembali dan bangkitnya ruh bersama jasad, padahal sesungguhnya asal penciptaan manusia ialah dari tanah (tanah itulah yang menjadi bahan penciptaan Adam a.s), kemudian Dia menjadikan keturunan Adam dari saripati air yang sangat hina, setelah *nutfah* berada dalam rahim seorang wanita, tinggal Allah Swt *nutfah* itu dalam kondisi demikian selama empat puluh hari berikut segala perkembangannya. Kemudian, *nutfah* berubah menjadi segumpal darah merah dengan izin Allah Swt. Kondisi itu berlangsung selama empat puluh hari. Kemudian darah ini berubah dan menjadi segumpal daging yang tidak berbentuk dan berpola. Kemudian Allah Swt mulai membentuk dan merancangnyanya, lalu dibuatlah bentuk kepala, dua tangan, dada, perut, dua paha, dua kaki dan

anggota tubuh lainnya. Kadang-kadang wanita mengalami keguguran sebelum gumpalan daging itu berbentuk dan berpola. Firman Allah Swt selanjutnya, ”kemudian kami keluarkan kamu sebagai bayi” yang lemah tubuh, akal dan seluruh kejadiannya. Kemudian Allah Swt memberikannya kekuatan sedikit demi sedikit. Dia dikasihi dan disayangi oleh ibu bapaknya siang dan malam. Hingga ia mencapai sempurna (kedewasaan) bak fisik maupun penalarannya. Ada yang diwafatkan pada saat berusia muda dan kuat, dan ada pula yang dipanjangkan umurnya sampai pikun (tidak tahu apa-apa lagi). (Tafsir Al-Maraghi, 1993:148-149).

F. Tinjauan Umum Tentang Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang logis yang berfokus pada klien.

2. Tahapan Manajemen Kebidanan

Mengingat bahwa Manajemen Asuhan Kebidanan suatu yang perlu dilakukan

secara sistematis, yang dimulai dari pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Proses ini terdiri dari tujuh langkah yang membentuk suatu kerangka lengkap.

a. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Langkah pertama merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya. Mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien/orang yang meminta asuhan. Kegiatan pengumpulan data dimulai saat klien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung, data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber. Sumber yang dapat memberikan informasi paling akurat yang dapat diperoleh secepat mungkin dan upaya sekecil mungkin. Pasien adalah sumber informasi yang akurat dan ekonomis, yang disebut sebagai sumber data primer. Sumber data alternatif atau sumber data sekunder adalah data yang sudah ada, praktikan kesehatan lain dan anggota keluarga.

Teknik pengumpulan data ada tiga yaitu ; Observasi, dimana pengumpulan data melalui indra penglihatan (perilaku, tanda fisik, kecacatan, ekspresi wajah), pendengaran (bunyi batuk, bunyi nafas), penciuman (bau nafas, bau luka), perabaan (suhu badan, nadi). Wawancara, dimana pembicaraan terarah yang umumnya dilakukan pada pertemuan tatap muka. Dalam wawancara yang penting diperhatikan adalah data yang ditanyakan di arahkan data yang relevan. Dan Pemeriksaan, dimana pengumpulan data yang dilakukan dengan memakai instrument/alat mengukur. Dengan tujuan untuk memastikan batas dimensi angka, irama kuantitas. Misalnya pengukuran tinggi badan dengan meteran, berat badan dengan timbangan, tekanan darah dengan tensimeter.

Data secara garis besar diklasifikasikan sebagai data subyektif dan data obyektif. Pada waktu mengumpulkan data subyektif harus mengembangkan hubungan antar personal yang efektif dengan pasien/klien/ yang diwawancarai, lebih diperhatikan hal-hal yang menjadi keluhan utama pasien dan mencemaskan, berupa pendapatan data/fakta yang sangat bermakna dalam kaitan dengan masalah pasien (Mufdillah, dkk 2012: 111-113).

Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara, anamneses dengan melakukan tanya jawab untuk memperoleh data meliputi: riwayat kesehatan, riwayat reproduksi: riwayat haid, riwayat obstetri, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, riwayat ginekologi, riwayat KB, riwayat pemenuhan kebutuhan dasar, data sosial ekonomi dan psikologi. Dan pemeriksaan fisik, yang meliputi keadaan umum klien, tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik dilakukan secara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi dan dilakukan pemeriksaan penunjang bila perlu.

Tahap ini merupakan langkah yang menentukan langkah berikutnya. Kelengkapan data yang sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi atau masukan klien yang sebenarnya.

Pada persalinan kala I umumnya klien akan mengeluh tentang keadaannya dimana klien merasakan mules pada perut bagian bawah yang menjalar kepinggang, dan klien juga mengatakan bahwa terdapat pengeluaran lender

becampur dengan darah, serta sifat nyeri yang dirasakan semakin lama semakin sering dan bertambah kuat. Pada persalinan kala II umumnya ibu akan merasakan adanya dorongan kuat untuk meneran, adanya tekanan pada anus dan tampak perineum menonjol, vulva, dan spingter ani membuka.

Pada persalinan kala III akan tampak pengeluaran plasenta dimana tali pusat akan bertambah panjang yang di sertai dengan adanya semburan darah dan terjadi perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri. Serta pada persalinan kala IV atau kala obsefasi akan di tandai dengan kontraksi uterus yang baik, dan tanda-tanda vital dalam batas normal pada 2 jam post partum, dengan pemantauan 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua post partum.

b. Langkah II : Interpretasi Diagnose atau Masalah Aktual

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data - data yang di kumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan di interpretasikan sehingga di temukan masalah atau diagnose yang spesifik. Langkah awal dari perumusan masalah/diagnose kebidanan adalah pengolahan/analisa data yang menggabungkan dan menghubungkan satu dengan lainnya sehingga tergambar fakta(Mufdillah, dkk 2012: 113).

Pada kala I persalinan, lama pembukaan yang berlangsung pada primigravida yaitu berlangsung selama 12 jam sedangkan pada multigravida berlangsung selama 8 jam yang dimulai dari pembukaan 0 cm sampai pembukaan 10 cm. Pada fase laten persalinan yang dimulai sejak awal kontraksi menyebabkan

penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap yang berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm yang umumnya berlangsung selama 8 jam.

Kemudian pada fase aktif persalinan frekuensi dan kontraksi uterus meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan 10 cm dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam pada multigravida dan primigravida, atau lebih dari 1 sampai 2 cm multigravida. Pada kala I persalinan juga perlu adanya pemeriksaan tanda-tanda vital sekitar 2 atau 3 jam dan memperhatikan agar kandung kemih selalu kosong, serta pemantauan denyut jantung janin $\frac{1}{2}$ jam sampai 1 jam.

Pada kala II persalinan, dimulai dari pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi, pada kala II his menjadi lebih kuat, lebih sering dan semakin lama. Proses ini berlangsung selama $\pm 1,5$ jam pada primigravida dan $\pm 0,5$ jam pada multigravida. Ibu akan merasakan adanya dorongan kuat untuk meneran bersama dengan adanya kontraksi, adanya tekanan pada anus dan tampak perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka, serta meningkatnya produksi pengeluaran lender bercampur darah. tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya pembukaan serviks telah lengkap dan terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

Pada kala III persalinan, dimulai sejak lahirnya bayi hingga lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit setelah penyuntikan oksitosin. Pada manajemen aktif kala III ini bertujuan untuk menghasilkan kontraksi uterus

yang lebih efektif sehingga mencegah terjadinya perdarahan dan mengurangi kehilangan darah. Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu terjadinya perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, dan terjadinya semburan darah secara mendadak dan singkat.

Pada kala IV persalinan, dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum, dimana pemantauan dilakukan dengan mengobservasi tanda-tanda vital pasien, kontraksi uterus, perdarahan dan kandung kemih pada 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua post partum.

c. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnose Atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap – siap bila diagnose/masalah potensial ini benar – benar terjadi (Mufdillah, dkk 2012: 117).

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan dapat diharapkan bersiap-siap bila diagnose/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman.

Dalam mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial dilakukan pengantisipasi penanganan yang kemungkinan muncul pada kala I yaitu

terjadinya kala I lama, peningkatan atau penurunan tanda-tanda vital, DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali/menit, terjadinya perdarahan pervaginam selain dari lender dan darah, ketuban pecah yang bercampur dengan mekonium kental yang di sertai dengan tanda gawat janin, kontraksi uterus kurang dari 2 kontraksi dalam 10 menit dan berlangsung kurang dari 20 detik serta tidak di temukan perubahan serviks dalam 1-2 jam, pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada pada partograf.

Pada kala II persalinan, kemungkinan masalah yang dapat terjadi yaitu, terjadinya kala II lama yang di sertai dengan partus macet/kasep, dimana partograf melewati garis waspada, terjadinya distosia bahu, kontraksi tidak teratur dan kurang, tanda-tanda vital meningkat, dan ibu tampak kelelahan. Pada manajemen aktif Kala III persalinan, masalah yang dapat terjadi yaitu diantaranya terjadinya perdarahan pervaginam dikarenakan terjadinya laserasi jalan lahir, atonia uteri karena kontraksi uterus yang tidak baik, dan terjadinya retensio plasenta dimana plasenta belum lahir 30 menit setelah bayi lahir.

Dan pada Kala IV persalinan, masalah yang dapat terjadi yaitu terjadinya perdarahan pervaginam dengan pembekuan darah yang banyak, tanda-tanda vital melawati batas normal dimana tekanan darah dan suhu tubuh meningkat, kontraksi uterus yang tidak baik.

- d. Langkah IV : Mengidentifikasi Dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera.

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu intruksi dokter. Mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Mufdillah, dkk 2012: 117-178).

e. Langkah V : Merencanakan Asuhan Yang Komprehensif/Menyeluruh

Pada langkah ini di rencanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnose atau masalah yang telah diidentifikasi atau antisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap di lengkapi (Mufdillah, dkk 2012).

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Rencana yang dibuat harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta *evidence* terkini serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

Adapun penatalaksanaan yang diberikan pada persalinan normal yaitu, memantau perubahan tubuh ibu untuk menentukan apakah persalinan dalam kemajuan yang normal, memeriksa perasaan ibu dan respon fisik terhadap persalinan, membantu ibu memahami apa yang sedang terjadi sehingga ia berperan serta aktif dalam menentukan asuhan. Membantu keluarga dalam merawat ibu

selama persalinan, menolong kelahiran dan memberikan asuhan pasca persalinan dini, dan mengenali masalah secepatnya dan mengambil keputusan yang tepat guna dan tepat waktu (efektif dan efisien).

Perencanaan asuhan tindakan yang perlu dilakukan juga dapat berupa, pemantauan terus menerus kemajuan persalinan menggunakan partograf, pemantauan TTV ibu dan keadaan janin, memenuhi kebutuhan nutrisi dan dehidrasi ibu, menganjurkan ibu perubahan ambulasi dan posisi ibu, menganjurkan tindakan yang memberikan pada rasa nyaman, serta menganjurkan keluarga member dukungan.

f. Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan Dan Penatalaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

g. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar – benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnose. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedangkan sebagian belum efektif (Mufdillah, dkk 2012: 118-119).

G. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP)

Dokumentasi merupakan catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, serta respon pasien terhadap semua kegiatan yang dilakukan. Asuhan itu harus dicatat dengan benar, jelas, logis, sehingga dapat mengkomunikasikan kepada orang lain mengenai asuhan yang telah dilakukan secara sistematis dalam bentuk SOAP, yaitu :

a. Subjektif :

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah I Varney. Data subjektif ini meliputi keluhan-keluhan yang dirasakan ibu akibat dari persalinan berlangsung normal yang dimulai dari kala I sampai kala IV.

b. Objektif:

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, pemeriksaan penunjang, untuk mendukung asuhan yang telah diberikan sebagai langkah I Varney dilakukan pemeriksaan fisik pada ibu inpartu, pemantauan DJJ, melihat tanda dan gejala kala II, melakukan pemeriksaan dalam, melihat tanda – tanda pelepasan plasenta, pengawasan ibu di 2 jam post partum.

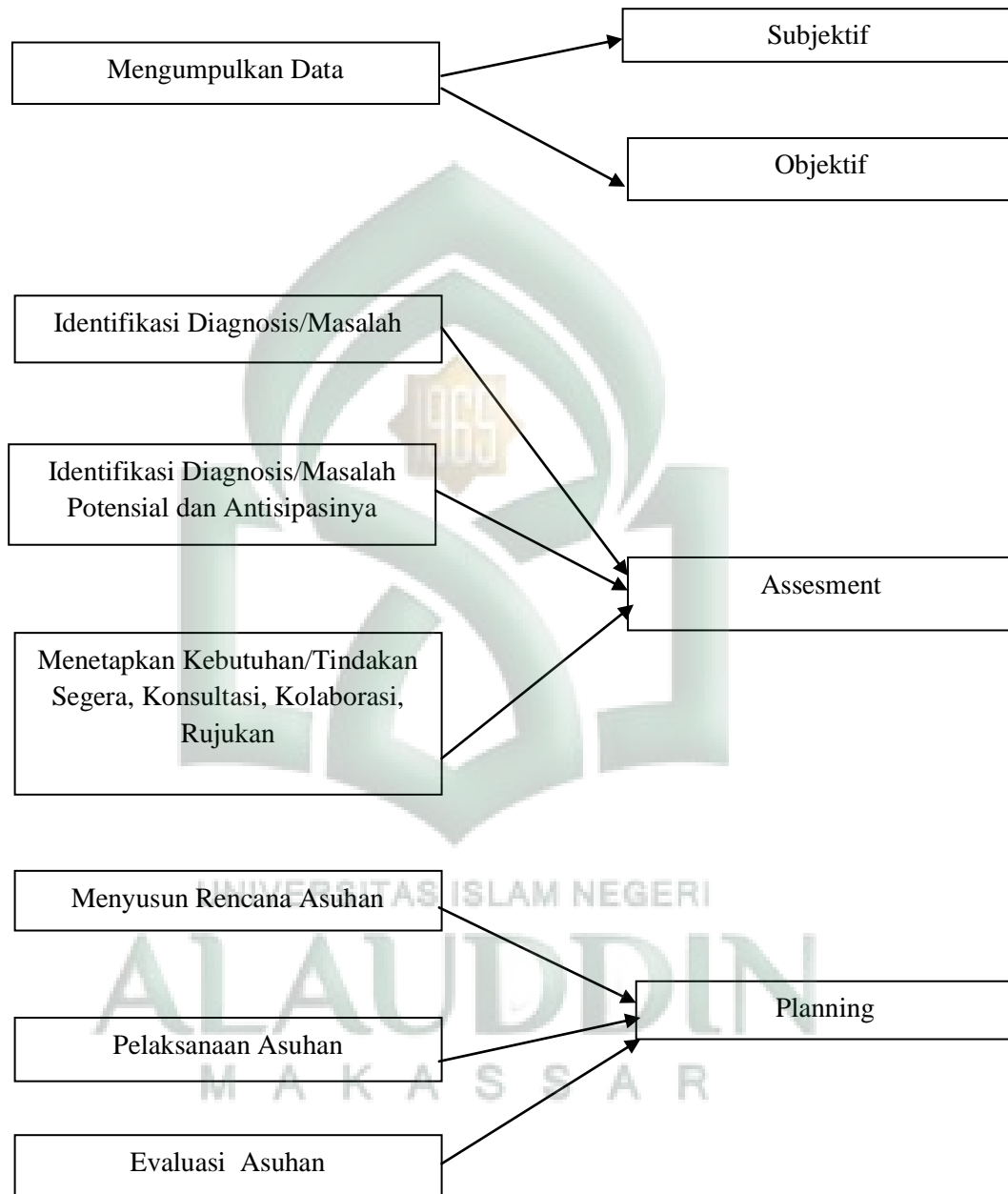
c. Assesment:

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi. Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi: Diagnosis/masalah aktual : persalinan normal. Antisipasi

diagnosa/masalah potensial : diagnosa masalah potensial kala I : kala I memanjang, kala II lama, kala III retensio plasenta, kala IV pendarahan post partum. Perlunya tindakan segera, konsultasi, kolaborasi, dan rujukan oleh bidan dan dokter pada langkah 2,3 dan 4 Varney.

d. Planning:

Menggambarkan pendokumentasian dari hasil perencanaan, pelaksanaan, dan pengevaluasian asuhan yang telah diberikan sebagai langkah 5,6 dan 7 Varney Perbaiki keadaan umum ibu.

Bagan 1.4 Tujuh Langkah Varney

Sumber : Kemenkes, RI (2011)

BAB III
STUDI KASUS

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL PADA NY “R”
GESTASI 39 MINGGU 6 HARI DENGAN ASUHAN PESALINAN NORMAL
DI PUSKESMAS JUMPANDANG BARU
TANGGAL 28 AGUSTUS 2017

No. Register : 2817xx

Tanggal Masuk : 28 Agustus 2017 Pukul 14.25 WITA

Tanggal Pengkajian : 28 Agustus 2017 Pukul 14.30 WITA

Tanggal Partus : 28 Agustus 2017 Pukul 16.45 WITA

Nama pengkaji : Zuhriani Hs

KALA I

A. LANGKAH I IDENTIFIKASI DATA DASAR

1. Identitas Ibu/Suami

Nama : Ny ”R” / Tn ”A”

Umur : 35 Tahun / 39Tahun

Nikah/Lamanya : 1 X / 15 Tahun

Suku : Makassar / Makassar

Agama : Islam / Islam
 Pendidikan : SD / SMP
 Pekerjaan : IRT / Wiraswasta
 Alamat : Jl. A.R. Hakim Lr.2

2. Data Biologis/Fisiologis

a) Keluhan Utama

Nyeri perut tembus ke belakang yang di sertai pelepasan lendir dan darah sejak tanggal 28 Agustus 2017 pukul 06.45WITA

b) Riwayat Keluhan Utama

Ibu merasakan nyeri perut tembus ke belakang sejak tanggal 28 Agustus 2017 pukul 03.00WITA, dan terdapat pelepasan lendir dan darah sejak tanggal 28 Agustus 2017 pukul 06.45WITA. Sifat nyeri yang dirasakan hilang timbul dan semakin lama semakin sering dan tidak ada pengeluaran air dari jalan lahir. Serta usaha klien untuk mengatasi keluhannya adalah dengan mengelus-ngelus perut dan pinggangnya.

3. Riwayat Menstruasi

- a) Menarche : 13 tahun
- b) Siklus : 28-30 hari
- c) Lamanya : 5-6 hari
- d) Banyaknya : 2-3 kali ganti pembalut per hari
- e) Teratur/ tidak teratur : teratur
- f) Sifat darah : encer

g) Disminore : pada hari pertama haid

4. Riwayat Kehamilan Sekarang

a) Ini merupakan kehamilan yang keempat, dan ibu tidak pernah mengalami keguguran.

b) Hari pertama haid terakhir tanggal 22 November 2016.

c) Hari tafsiran persalinan tanggal 29 Agustus 2017

d) Ibu tidak pernah merasakan nyeri perut yang hebat selama hamil.

e) Ibu merasakan pergerakan janinnya kuat, di bagian sebelah kiri dan dirasakan sejak usia kehamilan 5 bulan.

f) Menurut ibu umur kehamilannya sudah \pm 9 bulan.

g) Ibu memerisakan kehamilannya secara teratur, sebanyak 6 kali di Puskesmas Jumpandang Baru

1) Trimester I : 2x

2) Trimester II : 2x

3) Trimester III : 2x

h) Ibu telah mendapatkan suntikan Tetanus Toxoid (TT) sebanyak 2 kali di Puskesmas Jumpandang Baru

1) Imunisasi TT I tanggal 22 Maret 2017

2) Imunisasi TT II tanggal 27 April 2017

i) Keluhan-keluhan selama hamil

1) Trimester I : mual muntah di pagi hari

2) Trimester II : tidak ada keluhan

3) Trimester III : sering kencing dan nyeri perut bagian bawah

5. Riwayat Kehamilan, dan Persalinan yang Lalu

Anak ke	Tahun lahir	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Penolong persalinan	Tempat bersalin	BBL	Jenis kelamin	Keadaan anak
I	2004	Aterm	Spontan	Bidan	Pkm jumpandang baru	2.800 gram	Laki-laki	hidup
II	2010	Aterm	Spontan	Bidan	Pkm jumpandang baru	2.900 gram	Laki-Laki	Hidup
III	2012	Aterm	Spontan	Bidan	Pkm jumpandang baru	3.100 gram	Laki-laki	Hidup

Tabel 3.1 Riwayat Persalinan Yang Lalu

(Sumber Data Primer).

6. Riwayat Nifas yang Lalu

Ibu tidak mengeluh dalam merawat bayinya dan tidak mengalami depresi setelah persalinan, tidak ada tanda-tanda infeksi masa nifas, seperti keluar cairan yang berbau busuk, pengeluaran air susu ibu lancar dan ibu menyusui anak pertamanya sampai anak keempat secara eksklusif selama 6 bulan dan ditambah makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan keatas.

7. Riwayat yang Sekarang Dan Lalu

- Tidak ada riwayat penyakit Jantung, Hipertensi, Asma Dan Diabetes Militus.
- Tidak ada riwayat penyakit menular : Tubercuolosis (TBC), Malaria, Hepatitis, dan Penyakit Menular Seksual (PMS)

- c) Tidak ada riwayat alergi terhadap makanan maupun obat-obatan
- d) Tidak ada riwayat operasi, dan sebelumnya ibu tidak pernah di opname di rumah sakit maupun di Puskesmas.

8. Riwayat Sosial, Ekonomi, Psikososial Dan Spiritual

- a) Kebutuhan baiaya sehari-hari dalam keluarga mencukupi.
- b) Menikah 1 kali dengan suami yang sekarang dan sudah 15 tahun lamanya.
- c) Ibu dan keluarga merencanakan kehamilannya dan akan melahirkan di Puskesmas Jumpandang Baru.
- d) Pengambil keputusan dalam keluarga adalah suami.
- e) Suami dan ibu rajin beribadah.

9. Riwayat KB

Ibu pernah menjadi akseptor KB depoprogestin atau suntik 3 bulan dan ibu tidak pernah mengganti alat akseptor KBnya.

10. Riwayat Pemenuhan Kebutuhan Dasar

- a) Kebutuhan nutrisi

Kebiasaan:

- 1) Pola makan : nasi, sayur, lauk
- 2) Frekuensi : 3 kali sehari
- 3) Kebutuhan minum : 6-8 gelas per hari

Selama inpartu:

- 1) Ibu makan, tetapi hanya sedikit dan lebih banyak minum
- 2) Ibu makan kurma di sela-sela his

b) Kebutuhan eliminasi

Kebiasaan:

- 1) BAK : 5-6 kali sehari, warna kuning muda, bau amoniak.
- 2) BAB : 1 kali sehari, konsistensi padat, warna kuning.

Selama inpartu:

- 1) BAK : Ibu BAK di tempat tidur karena telah terpasang popok
- 2) BAB : Ibu belum BAB (ibu terakhir BAB jam 06.00 di rumahnya)

c) Personal hygiene

Kebiasaan:

- 1) Mandi, 2 kali sehari (pagi dan sore) dengan menggunakan sabun mandi
- 2) Sikat gigi, 2 kali (setelah makan dan sebelum tidur) dengan menggunakan pasta gigi
- 3) Keramas, 3 kali seminggu dengan menggunakan shampo
- 4) Ganti pakaian, 2 kali sehari

Selama inpartu:

- 1) Ibu belum mandi dan sikat gigi

d) Kebutuhan istirahat dan tidur

Kebiasaan

- 1) Tidur siang tidak teratur, tidur malam 6-8 jam

Selama inpatu

- 1) Ibu tidak pernah tidur

11. Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan umum baik
- b) Kesadaran composmentis
- c) Tanda-tanda vital

TD	: 120/80 mmHg	S	: 36.5° C
N	: 80 x/Menit	P	: 22 x/menit

- d) Inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi

- 1) Kepala : rambut hitam, panjang, lurus keadaan kulit kepala bersih, tidak ada ketombe, benjolan dan nyeri tekan
- 2) Wajah : tidak ada cloasma, tidak ada pembengkakan, oedema dan nyeri tekan.
- 3) Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih dan tidak ikhterus.
- 4) Mulut : bibir lembab, keadaan mulut bersih, tidak ada caries pada gigi, dan keadaan gigi lengkap.
- 5) Telinga : tidak ada serumen, pembengkakan dan nyeri tekan.
- 6) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan vena jugularis.
- 7) Payudara : simetris kiri/kanan, puting susu menonjol, tampak hiperpigmentasi pada areola mammae, tidak ada benjolan, nyeri tekan dan terdapat kolostrum apabila puting susu dipencet.

- 8) Abdomen : tampak pembesaran perut sesuai usia kehamilan, tampak linea nigra, dan stiae albican, tonus otot perut tampak kendur.

Pemeriksaan Leopold

- Leopold I : TFU 3 jrbpx, 32 cm, teraba bokong di fundus
- Leopold II : Punggung kiri
- Leopold III : Kepala
- Leopold IV : BDP, 3/5
- LP : 92 cm
- TBJ : $TFU \times LP = 32 \times 92 = 2944$ gram
- HIS : 4 kali dalam 10 menit, dengan durasi 30 – 35 detik
- Auskultasi : DJJ terdengar jelas, kuat, dan teratur pada kuadran kiri perut ibu bagian bawah dengan frekuensi 130 x/menit.
- 9) Ekstremitas : keadaan kaki dan tangan lengkap, simetris kiri dan kanan, tidak ada oedema pada tungkai, tidak ada varises, tidak ada nyeri tekan dan terdapat reflex patella kiri dan kanan.
- 10) Genitalia : keadaan genitalia bersih, tidak ada varises, tidak ada oedema, tidak ada pembesaran kelenjar batholin, dan tampak pengeluaran lendir dan darah.

Pemeriksaan dalam tanggal 28 Agustus 2017 pukul 14.30 WITA, oleh mahasiswa “Z”

- 1) Keadaan vulva dan vagina : Tidak ada kelainan
- 2) Portio : Lunak dan Tipis
- 3) Pembukaan : 8 cm
- 4) Ketuban : Utuh
- 5) Presentase : Ubun-ubun kecil di depan simpisis
- 6) Penurunan : Hodge III
- 7) Molase : 0
- 8) Penunmbungan : Tidak ada
- 9) Kesan panggul : Normal
- 10) Pelepasan : Lendir dan darah

B. LANGKAH II IDENTIFIKASI DIAGNOSA MASALAH AKTUAL

GIVPIIIA0, gestasi 39 minggu 6 hari, Pu-ki, Presentase kepala, Situs memanjang, Bergerak Dalam Pangul (BDP), Intrauterin, Tunggal, Hidup, Keadaan ibu baik, keadaan janin baik, Inpartu Kala 1 fase aktif.

1. GIVPIIIA0

Data Dasar :

DS : ibu mengatakan ini kehamilannya yang keempat, dan tidak pernah sebelumnya, ibu merasakan adanya pergerakan janin pada usia kehamilan 3 bulan.

DO : tampak pembesaran perut yang sesuai dengan usia kehamilan, tampak linea nigra, striae livide, terdapat denyut jantung janin dan, otot perut telah kendur, dan pada pemeriksaan Leopold di dapatkan hasil :

Leopold I : TFU 3 jrbpx, 32 cm, teraba bokong di fundus

Leopold II : punggung kiri

Leopold III : kepala

Leopold IV : BDP, 3/5

DJJ terdengar jelas, kuat dan teratur pada kuadran kiri perut ibu bagian bawah dengan frekuensi 130 x/menit

Analisis dan interpretasi data

Pada pemeriksaan kulit perut tampak adanya linea nigra, striae livide yang menandakan kehamilan yang keempat, terdapatnya denyut jantung janin dan terabanya bagian-bagian janin pada saat di palpasi hal ini merupakan merupakan salah satu dari tanda-tanda pasti kehamilan, serta dan otot perut sudah kendur menandakan perut ibu sudah pernah mengalami peregangan sebelumnya (prawirohardjo, 2014 : 17).

2. Gestasi 39 minggu 6 hari

Data Dasar :

DS : HPHT Tanggal 22 November 2016

DO : pemeriksaan leopold I, tinggi fundus uteri 3 jari di bawah *processus xiphoideus*, dan hari tafsiran persalinan tanggal 29 Agustus 2017 berdasarkan rumus Neagle.

Analisis dan interpretasi data

Dari hasil pemeriksaan dilihat dengan menggunakan rumus negle mulai dari HPHT tanggal 22 November 2016 sampai tanggal pengkajian, maka umur kehamilan 39 minggu 6 hari (Prawirohardjo, 2014 : 279).

3. Intrauterin

Data Dasar :

DS : ibu merasakan janinnya bergerak dengan kuat dan ibu tidak pernah merasakan nyeri perut yang hebat selama kehamilannya.

DO : ibu tidak merasakan nyeri perut ketika dipalpasi, TFU sesuai umur kehamilan, dan pada palpasi leopold teraba bagian-bagian janin yaitu :

Leopold I : TFU 3 jrbpx, 32 cm, teraba bokong di fundus

Leopold II : punggung kiri

Leopold III : kepala

Leopold IV : BDP, 3/5

Analisis dan interpretasi data

Bagian dari uterus yang merupakan tempat janin dapat tumbuh dan berkembang adalah kavum uteri dimana rongga ini merupakan tempat yang

luas bagi janin untuk dapat bertahan hidup sampai aterm tanpa ada rasa nyeri perut yang hebat. Tempat tersebut berada dalam korpus uteri yang disebut dengan kehamilan intrauterin (Baety, 2012:9).

4. Situs Memanjang

Data Dasar :

DS : Ibu mengatakan janinnya bergerak kuat pada bagian sebelah kiri perut ibu.

DO : pada palpasi Leopold didapatkan hasil :

Leopold I : TFU 3 jrbpx, 32 cm, teraba bokong di fundus

Leopold II : punggung kiri

Leopold III : kepala

Leopold IV : BDP, 3/5

DJJ terdengar jelas, kuat dan teratur pada kuadran kiri perut

ibu bagian bawah dengan frekuensi 130 x/menit

Analisis dan interpretasi data

Dengan teraba bagian besar janin yaitu bokong di fundus dan kepala pada bagian terendah, DJJ terdengar jelas pada kuadran kiri bawah dan gerakan janin yang dirasakan ibu pada salah satu sisi perut ibu menunjukkan bahwa sumbu panjang janin sejajar dengan sumbu panjang ibu (Prawirohardjo, 2014 : 205-206).

5. Tunggal

Data Dasar :

DS : ibu merasakan pergerakan janinnya kuat pada satu sisi perut yaitu sisi perut bagian sebelah kiri.

DO : pada palpasi abdomen di dapatkan hasil leopold dimana pada

Leopold I : teraba bokong di fundus yang bulat dan lunak serta tidak melenting,

Leopold II : teraba punggung kanan

Leopold III : teraba bagian bulat dan melenting (kepala)

Dan pada auskultasi hanya terdapat satu denyut jantung janin (DJJ) yaitu terdengar jelas, kuat dan teratur pada kuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 130 kali per menit, serta tinggi fundus uteri sesuai dengan umur kehamilan.

Analisis dan interpretasi data

Didalam kehamilan, janin dikatakan tunggal jika pembesara perut sesuai dengan usia kehamilan. Saat palpasi teraba satu kepala dan satu punggung, sedangkan auskultasi denyut jantung janin terdengar jelas, kuat dan teratur pada kuadran kiri bawah perut ibu (Baety, 2012 : 10-11).

6. Hidup

Data Dasar :

DS : ibu merasakan pergerakan janinnya aktif, dan kuat pada usia kehamilan 5 bulan sampai sekarang, dan ibu merasakan pergerakan janinnya 12 kali dalam sehari.

DO : Pada auskultasi DJJ terdengar jelas, kuat, dan teratur pada kuadran kiri perut ibu, dengan frekuensi 130 x/menit.

Analisis dan interpretasi data

Adanya gerakan janin dan denyut jantung janin (DJJ), merupakan tanda bahwa janin hidup. Janin yang dalam keadaan sehat, bunyi jantungnya teratur dan frekuensinya antara 120-160 kali per menit, selain itu tanda janin hidup juga dapat dilihat dari pergerakan janin yang dirasakan kuat oleh ibu satu kali per jam atau lebih dari 10 kali per hari dan pembesaran uterus menandakan janin hidup dan bertumbuh (Prawirohardjo, 2014 : 285).

7. Keadaan ibu baik

Data Dasar :

DS : Ibu mengatakan tidak ada riwayat penyakit

DO :Tanda-tanda vital dalam batas normal, dengan konjungtiva berwarna merah muda, sklera putih dan tidak ikhterus, serta tidak ada oedema pada wajah dan tungkai.

Analisi Dan Interpretasi Data

Pada pemeriksaan fisik di dapat hasil pemeriksaan dimana tidak adanya tanda preklamsi atau eklamsi, anemia, hiperemesis gravidarum, dimana TTV dalam batas normal, konjungtiva merah muda, tidak ada oedema pada wajah dan tungkai menandakan ibu dalam keadaan baik, hemoglobin 10,5 g/dl (Pantiawati dan Saryono, 2010 : 122).

8. Keadaan janin baik

Data Dasar :

DS : ibu merasakan pergerakan janin kuat dan biasanya bergerak 12 kali dalam sehari.

DO : Denyut jantung janin (DJJ) terdengar jelas, kuat dan teratur pada kuadran kiri bawah perut ibu dengan frekuensi 130 kali per menit.

Analisis dan interpretasi data

Pergerakan janin yang kuat dan sering serta denyut jantung janin (DJJ) yang terdengar jelas, kuat dan teratur dengan frekuensi 130 x/menit, menandakan keadaan janin dalam keadaan baik, dimana di dinilai dari normal DJJ yaitu 120-160 x/menit. (Prawirohardjo, 2014 : 222)

9. Inpartu kala I fase aktif

Data Dasar :

DS : Ibu mengatakan nyeri perut tembus ke belakang dirasakan sejak tanggal 28 Agustus 2017 pukul 03.00WITA, dan ibu mengatakan adanya pengeluaran lendir dan darah sejak pukul 06.45WITA.

DO : Tampak pengeluaran lendir dan darah sejak tanggal 28 Agustus 2017 pukul 06.45WITA, Kontraksi uterus 4 x 10 menit, dengan durasi 30 – 35 detik

Hasil pemeriksaan dalam tanggal 28 Agustus 2017 pukul 14.30 WITA, oleh mahasiswa “Z”

1. Keadaan vulva dan vagina : Tidak ada kelainan
2. Portio : Lunak dan Tipis
3. Pembukaan : 8 cm
4. Ketuban : Utuh
5. Presentase : Ubun-ubun kecil di depan simpisis
6. Penurunan : Hodge III
7. Molase : 0
8. Penumbungan : Tidak ada
9. Kesan panggul : Normal
10. Pelepasan : Lendir dan darah

Analisis dan interpretasi data

Nyeri perut yang terjadi karena terbukanya mulut rahim di sertai peregangan otot polos rahim yang menimbulkan nyeri karena adanya penekanan pada ujung syaraf sewaktu uterus berkontraksi. Kontraksi uterus yang terjadi secara teratur dan teraba portio lunak dan tipis serta pembukaan 8 cm merupakan inpartu kala I fase aktif yang dimulai dari pembukaan 4-10 cm (Widia,2015:

4)

C. LANGKAH III IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

Potensial terjadinya infeksi jalan lahir

DS : Ibu mengatakan adanya pengeluaran lendir dan darah

DO : tampak pelepasan lendir dan darah

Analisa dan interpretasi data

Dengan adanya pelepasan lendir dan darah, serta tebukanya jalan lahir memungkinkan masuknya mikroorganisme patologis yang merupakan penyebab infeksi jalan lahir.

D. LANGKAH IV IDENTIFIKASI PERLUNYA TINDAKAN

SEGERA/KOLABORASI

- a. Mandiri : Tidak ada
- b. Kolaborasi : Tidak ada
- c. Merujuk : Tidak ada

E. LANGKAH V RENCANA TINDAKAN

Tanggal 28 Agustus 2017 pukul 14.40WITA

1. Beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa keadaan ibu dan janinnya dalam keadaan baik.

Rasional : Agar ibu dan keluarga mengetahui keadaan ibu dan janinnya, ibu dan keluarga merasa tenang dalam menghadapi proses persalinannya dan kecemasan ibu berkurang, serta keluarga dapat memberikan dukungan psikologis yang dapat mengurangi kecemasan ibu dan siap menghadapi persalinan.

2. Observasi tanda-tanda vital, dan VT setiap 2-4 jam (kecuali nadi tiap 30 menit)

Rasional : Observasi tanda-tanda vital dan VT untuk memantau keadaan ibu dan kemajuan persalinan, serta mempermudah dalam melakukan tindakan.

3. Observasi DJJ setiap 30 menit.

Rasional : Saat ada kontraksi, DJJ bisa berubah sesaat, sehingga apabila ada perubahan dapat diketahui dengan cepat dan dapat bertindak secara cepat dan tepat.

4. Observasi His setiap 30 menit.

Rasional : Karena kekuatan kontraksi uterus dapat berubah setiap saat sehingga mempengaruhi turunnya kepala dan dilatasi serviks.

5. Ajarkan ibu teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, ibu menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.

Rasional : Teknik relaksasi memberikan rasa nyaman dan mengurangi rasa nyeri dan memberikan suplai oksigen yang cukup ke janin.

6. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan.

Rasional : Kandung kemih yang penuh dapat mempengaruhi kontraksi, mencegah penekanan pada vena cava inferior oleh uterus yang membesar, dan menghalangi penurunan kepala bayi serta memberikan perasaan yang tidak nyaman pada ibu.

7. Memberikan intake minuman dan makanan berupa kurma

Rasional : kurma memiliki kalori dan protein yang mudah di cerna sehingga ibu memiliki tenaga pada saat meneran.

8. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk menolong persalinan serta tempat penerangan dan lingkungan BBL.

Rasional : Agar penolong lebih mudah dalam mengambil dan menggunakan alat saat melakukan tindakan yang diperlukan untuk menolong persalinan.

9. Mendokumentasikan hasil pemantauan Kala I dalam partograf

Rasional : Merupakan Standarisasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan dan memudahkan pengambilan keputusan klinik.

10. Observasi tanda dan gejala kala II

Rasional : Untuk mengetahui kapan ibu memasuki tahap kala II persalinan.

F. LANGKAH VI PELAKSANAAN TINDAKAN ASUHAN KEBIDANAN

Tanggal 28 Agustus 2017 pukul 14.40 WITA

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
2. Mengobservasi Tanda-tanda vital
3. Mengobservasi DJJ, Nadi dan his setiap 30 menit

No	Jam (WITA)	DJJ (X/Menit)	Nadi (X/Menit)	His	
				F (X/Menit)	Durasi (Detik)
1	15.00	138 X/Menit	78 X/Menit	4 X 10	40 – 45
2	15.30	140 X/Menit	80 X/Menit	5 X 10	40-45
3	16.00	140 X/Menit	80 X/Menit	5 X 10	40-45
4	16.30	135 X/Menit	78 X/Menit	5X 10	45-50

Tabel 3.2 observasi tanda-tanda vital, djj dan his

(sumber data primer).

Melakukan pemeriksaan dalam tanggal 28 Agustus 2017 pukul 16.30**WITA oleh mahasiswa “Z”**

- a) Keadaan vulva dan vagina : Tidak ada kelainan
- b) Portio : Tipis
- c) Pembukaan : 10 cm
- d) Ketuban : Pecah
- e) Presentase : Uzun-uzun kecil dibawah simpisis
- f) Penurunan : Hodge IV
- g) Molase : 0
- h) Penumbungan : Tidak ada
- i) Kesan panggul : Normal
- j) Pelepasan : Lendir, darah bercampur dengan ketuban

4. Mengajarkan ibu teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi, ibu menarik nafas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut selama timbul kontraksi.
5. Mengajarkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan.
6. Memberikan intake minuman dan makanan pada ibu berupa kurma
7. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk menolong persalinan serta tempat penerangan dan lingkungan BBL, meliputi :
 - a) Alat Perlindungan Diri
 1. Penutup kepala
 2. Masker
 3. Kacamata
 4. Celemek
 5. Sepatu tertutup (sepatu boot)
 - b) Partus Set
 - 1) *Handscoon* steril
 - 2) 2 buah klem kocher
 - 3) ½ kocher
 - 4) 1 buah gunting episiotomy
 - 5) 1 buah gunting tali pusat
 - 6) 1 buah kateter nelaton
 - 7) Kassa steril

- 8) Pengisap lender
- 9) Penjepit tali pusat

c) *On steril*

- 1) 2 buah handuk kering dan bersih
- 2) Pakaian bersih ibu dan bayi meliputi baju, pembalut, sarung, celana dalam, pakaian bayi, popok, topi/tutup kepala, sarung tangan/kaki, kain selimut untuk membedong.

d) Heacting set

- 1) 1 buah pinset sirurgik
- 2) 1 buah pinset antomi
- 3) Nal puder
- 4) 2 buah jarum (1 jarum circle dan 1 jarum V1 circle)
- 5) Gunting benang
- 6) Benang cromatic
- 7) 1 pasang sarung tangan steril

e) Obat-obatan esensial

- 1) *Lidocain* 1 ampul
- 2) *Oksytosin* 10 IU 1 ampul
- 3) Cairan RL, Infus set 5.1, spuit 3 cc dan spuit 1 cc
- 4) *Meteregin* 1 ampul

f) Peralatan lain

- 1) Larutan Clorin 0,5 %
- 2) Air DTT
- 3) Kantong *plastic*
- 4) Tempat sampah kering dan basah
- 5) *Safety box*
- 6) Bengkok
- 7) Was Lap
- 8) Tempat plasenta

Menyiapkan tempat, penerangan dan lingkungan untuk kelahiran bayi, dengan memastikan ruangan sesuai kebutuhan bayi baru lahir , meliputi ruangan bersih, hangat, pencahayaan cukup dan bebas dari tiupan angin.

8. Mendokumentasikan hasil pemantauan Kala I dalam partograf
9. Mengobservasi tanda dan gejala kala II
 - a) Ibu merasakan dorongan untuk meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
 - b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan atau vaginanya.
 - c) Perineum menonjol.
 - d) Vulva vagina dan sfingter ani membuka.
 - e) Meningkatnya pengeluaran lender bercampur dengan darah.
 - f) Tampak rambut bayi pada vulva

G. LANGKAH VII EVALUASI HASIL ASUHAN KEBIDANAN

Tanggal 28 Agustus 2017 pukul 16.35 WITA

1. Ibu mengerti bahwa keadaannya dan janinnya saat ini dalam keadaan baik sehingga ibu lebih tenang dan kecemasan ibu berkurang.
2. keadaan ibu dan janin baik yang ditandai dengan :
 - a) Tanda – tanda vital dalam batas normal :

TD : 120/70 mmHg	S	: 36.5° C
N : 78 x/Menit	P	: 24 x/menit
 - b) DJJ 135 x/menit, yang terdengar jelas kuat dan teratur
 - c) Ibu sudah makan, jenis roti 1 potong dan minum air putih dan air teh 1 gelas.
 - d) Ibu mengerti dan sudah mampu melakukan tehnik relaksasi.
 - e) Ibu tidak ingin berkemih dan kandung kemih ibu kosong.
3. Peralatan, bahan – bahan, obat-obatan sudah disiapkan dan tempat serta penerangan untuk bayi telah disiapkan.
4. Kala I fase aktif berlangsung ditandai dengan :
 - a) His yang adekuat 5 x 10 dalam 10 menit dengan durasi 40 – 45 detik
 - b) Adanya tekanan pada anus, rectum, dan vagina, perineum menonjol, sfingter ani membuka, dan terdapat pengeluaran air ketuban.
 - c) Dinding vagina licin, portio tidak teraba, pembukaan lengkap 10 cm \pm 1 jam setelah VT pertama, dan penurunan kepala Hodge IV UUK searah jam 12, air ketuban jernih, dan molase 0.

5. Tidak ada tanda-tanda infeksi.
6. Mendokumentasikan hasil asuhan kebidanan di partograf.

KALA II

A. LANGKAH I IDENTIFIKASI DATA DASAR

Data subjektif:

1. Ibu mengatakan sakit yang dirasakan semakin kuat
2. Ibu mengatakan ingin BAB dan ibu merasakan adanya tekanan pada anus
3. Ibu mengatakan adanya dorongan untuk meneran
4. Ibu mengatakan sakitnya bertambah kuat dan tembus kebelakang

Data objektif:

1. Keadaan umum ibu baik
2. Kesadaran composmentis
3. Kontraksi uterus 5 x 10 menit, dengan durasi 45-50 detik.
4. Frekuensi DJJ 135 x/menit.
5. Tanda-tanda vital

TD : 120/70 mmHg S : 36.5°C

N : 78 x/Menit P : 24 x/menit

6. Tampak tanda dan gejala kala II dimana tampak :
 - a. Tampak Perineum menonjol.
 - b. Pembukaan sudah lengkap
 - c. Vulva, vagina dan sfingter ani membuka.
 - d. Meningkatnya pengeluaran lender bercampur dengan darah.

e. Tampak rambut bayi pada vulva

B. LANGKAH II IDENTIFIKASI DIAGNOSA/ MASALAH AKTUAL

Diagnosa : perlangsungan kala II

Masalah aktual : tidak ada indikasi

Data subjektif : ada penekanan pada anus, ada dorongan kuat untuk meneran, sakitnya sering dan bertambah sakit.

Data objektif : perineum menonjol, vulva dan vagina membuka, kontraksi uterus 5 kali dalam 10 menit dengan durasi 45-50 detik, penurunan kepala 0/5, pembukaan 10 cm (lengkap), penurunan hodge IV dan pelepasan lendir, darah dan air ketuban.

Analisa dan interpretasi data:

Dengan adanya his yang kuat dan teratur, maka akan mempercepat proses persalinan, tekanan yang hebat pada dasar panggul dan bagian terendah janin, akan mempermudah penurunan kepala, kontraksi yang timbul disertai ibu mengedan yang berlangsung secara refleksi (Kuswanti dan Melina, 2014 : 13).

C. LANGKAH III IDENTIFIKASI DIAGNOSA/ MASALAH POTENSIAL

Tidak Ada Data Yang Menunjang Terjadinya Diagnosa Potensial

D. LANGKAH IV IDENTIFIKASI PERLUNYA TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI DAN RUJUKAN

Tidak ada data penunjang.

E. LANGKAH V RENCANA TINDAKAN

Diagnosa : perlangsungan kala II

Masalah aktual : tidak ada indikasi

Masalah potensial : tidak ada data penunjang

Tujuan:

1. Kala II berlangsung normal
2. Bayi lahir normal tanpa penyulit

Kriteria:

1. Kala II berlangsung selama ± 15 menit tanpa ada penyulit
2. Bayi lahir spontan, segera menangis, bernapas tanpa bantuandan bergerak dengan aktif

Rencana tindakan

Tanggal 28 agustus 2017 jam 16:35 WITA

1. Meliha adanya tanda dan gejala persalinan kala dua (dorangan untuk meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan vagina membuka).

Rasional : untuk mengetahui apakah sudah dapat dilakukan pimpinan meneran

2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan 1 ampul oksitosin dan memasukkan alat suntik sekali pakai ke dalam wadah partus set.

Rasional : mempersiapkan diri sebelumnya dapat mencegah diri dari infeksi nosokomial

3. Memakai celemek plastik.

Rasional : mencegah terjadinya infeksi silang

4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

Rasional : mencegah infeksi

5. Menggunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

Rasional : mencegah terjadinya infeksi

6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.

Rasional: mempersiapkan peralatan dalam keadaan siap pakai

7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air desinfeksi tingkat tinggi dengan gerakan vulva ke perineum.

Rasional : mencegah terjadinya infeksi silang

8. Melakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.

Rasional : untuk mengetahui pembukaan dan kemajuan persalinan

9. Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.

Rasional: mencegah terjadinya infeksi silang

10. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus selesai dan pastikan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal (120 – 160 per menit).

Rasional : untuk mengetahui keadaan janin

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.

Rasional: agar ibu tidak khawatir dengan keadaan bayinya dan mempersiapkan diri dalam proses persalinan

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman.

Rasional: dapat membantu memperlancar proses persalinan

13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

Rasional: memperlancar proses berlangsungnya persalinan

14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

Rasional: untuk mempercepat penurunan kepala

15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.

Rasional: untuk mengeringkan tubuh bayi

16. Meletakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian di bawah bokong ibu atau gunakan *underped*.

Rasional : sebagai alas untuk menyokong perineum

17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan

Rasional : mempersiapkan alat dalam keadaan siap pakai

18. Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi pada kedua tangan.

Rasional : mencegah terjadinya infeksi silang

19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu kita melakukan perasat stenan (perasat untuk melindungi perineum dngan satu tangan, dibawah kain bersih dan kering, ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum)

Rasional: dengan menyokong yang baik, maka akan mengurangi trauma dan mencegah terjadinya ruptur perineum

20. Setelah kepala keluar, menyeka mulut dan hidung bayi dengan kasa steril kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin

Rasional: membersihkan jalan nafas dari air ketuban dan lilitan tali pusat dapat menyebabkan asfiksia dan kematian janin

21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Rasional : menghilangkan torsi pada leher yang terjadi akibat putaran paksi luar

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara bipariental dan menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Rasional: membantu mengeluarkan bayi agar tidak terjadi robekan perineum

23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.

Rasional: dengan teknik sanggah susur akan membantu pengeluaran tubuh bayi seluruhnya dan mencegah agar bayi tidak jatuh

24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)

Rasional: membantu mengeluarkan bayi secara keseluruhan dan mencegah agar bayi tidak jatuh

25. Melakukan penilaian selintas :

- a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
- b. Apakah bayi bergerak aktif ?

Rasional: untuk mengetahui apakah bayi ada penyulit atau tidak

26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.

Rasional: mencegah agar bayi tidak mengalami hipotermi

F. LANGKAH VI PELAKSANAAN TINDAKAN ASUHAN KEBIDANAN

Tanggal 28 agustus 2017, jam 16.40WITA

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua (dorangan kuat untuk meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan vagina membuka).
2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukan alat suntik sekali pakai 3 ml ke dalam wadah partus set.

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam pertolongan persalinan yaitu:

a. Partus set

- 1) 2 klem kocher
- 2) ½ kocher
- 3) 1 ½ handscoon steril
- 4) Kateter nelaton

5) Penjepit tali pusat

6) Kassa steril

7) Spoit 3 cc

8) Gunting tali pusat

b. Hecting set

1) *Nelpuder*

2) Catgut dan jarum

3) Pinset anatomi dan sirurgi

4) Gunting benang.

c. Obat dan bahan

1) Cairan infus

2) Oksitosin

3) Lidokain

4) Salep mata

5) Vitamin K, hepatitis B, betadin.

d. Diluar partus set

1) Air desinfeksi tingkat tinggi dan kapas desinfeksi tingkat tinggi

2) Larutan klorin 0,5%

3) Tempat sampah

4) Delee dan lenek

5) Perlak dan handuk kering

6) Tensimeter dan stetoskop

7) Termometer.

e. Alat Pelindung Diri (APD)

- 1) Topi dan masker
 - 2) Kacamata dan celemek
 - 3) Handscoon
 - 4) Alas kaki tertutup/ sepatu boot
 3. Memakai celemek plastik.
 4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
 5. Menggunakan sarung tangan steril pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
 6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakkan kembali kedalam wadah partus set.
 7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang desinfeksi tingkat tinggi dengan gerakan vulva ke perineum.
 8. Melakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- a. Vulva dan vagina : tidak ada kelainan
 - b. Portio : melesap
 - c. Pembukaan : 10 cm (lengkap)
 - d. Air ketuban : pecah, jernih (merembes)
 - e. Presentasi : ubun-ubun kecil depan symphysis

f. Penurunan : hodge IV

g. Molase : 0

h. Penumbungan : tidak ada

i. Kesan panggul : normal

j. Pelepasan : lendir, darah, dan air ketuban

9. Mencelupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
10. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus selesai dan pastikan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.

16. Meletakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian bawah bokong ibu atau gunakan *underped*.
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ atau gunakan *underped* bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu kita melakukan perasat stenan (perasat untuk melindungi perineum dngan satu tangan, dibawah kain bersih dan kering, ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum).
20. Setelah kepala keluar, menyeka mulut dan hidung bayi dengan kasa steril kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental, menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul

dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)
25. Melakukan penilaian selintas :
 - a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b. Apakah bayi bergerak aktif ?
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering serta membiarkan bayi di atas perut ibu.

G. LANGKAH VII EVALUASI HASIL ASUHAN KEBIDANAN

Tangga 28 agustus 2017 , jam 16:45 WITA

1. Kala II berlangsung normal tanpa ada penyulit
2. Bayi lahir spontan tanggal 28 agustus 2017 jam 16:45 WITA, menangis kuat dan bernapas tanpa bantuan, serta bayi bergerak aktif
3. Perdarahan \pm 250 cc

KALA III

A. LANGKAH I IDENTIFIKASI DATA DASAR

Data subjektif :

1. Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah
2. Ibu tampak senang dengan kelahiran bayinya.
3. Ibu mengatakan plasenta atau ari-arinya belum lahir.

Data objektif :

1. Bayi lahir spontan segera menangis, tanggal 28 Agustus 2017 pukul 16.45WITA, dengan jenis kelamin laki-laki, BBL = 3000 gram, PBL = 49 cm, A/S = 8/10
2. Kontraksi uterus baik, teraba bundar dan keras
3. Tinggi fundus uteri setinggi pusat.
4. Plasenta belum lahir
5. Kandung kemih ibu kosong

B. LANGKAH II IDENTIFIKASI DIAGNOSA/ MASALAH AKTUAL

Perlangsungan kala III

Data subjektif : ibu nyeri perut bagian bawah, ibu senang dengan kelahiran bayinya

Data objektif :

1. bayi lahir spontan tanggal 28 agustus 2017, jam 16.45WITA,
2. kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar)
3. tinggi fundus uteri setinggi pusat
4. tali pusat masih nampak di vulva

Analisa dan interpretasi data:

Pada waktu kala III, volume uterus telah berkurang, dapat teraba tinggi fundus uteri setinggi pusat, pada saat kontraksi maka akan memperkecil permukaan uteri sehingga akan terasa sakit dan teraba keras dan bundar (Kuswanti dan Melina, 2014 : 7)

C. LANGKAH III IDENTIFIKASI DIAGNOSA/ MASALAH POTENSIAL

Tidak Ada Data Yang Menunjang Terjadinya Diagnoso Potensial

D. LANGKAH IV IDENTIFIKASI PERLUNYA TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI/ RUJUKAN

Tidak ada data penunjang

E. LANGKAH V RENCANA TINDAKAN

1. Tujuan :

- 1) Kala III berlangsung normal
- 2) plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap
- 3) kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar)
- 4) keadaan ibu dan bayi baik

2. kriteria :

- 1) Lamanya kala III tidak lebih dari 30 menit
- 2) plasenta (selaput dan kotiledon) lahir lengkap
- 3) kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar) serta keadaan ibu dan bayi baik.

Rencana tindakan

Tanggal 28 agustus 2017, jam 16:45 WITA

- 1) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

Rasional : untuk memastikan kehamilan tunggal atau ganda

- 2) Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

Rasional : mempercepat proses pengeluaran plasenta

- 3) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit secara intramuskuler (IM) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

Rasional : penyuntikan oksitosin untuk membantu kontraksi uterus

- 4) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

Rasional : untuk memudahkan memotong tali pusat

- 5) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

Rasional : agar bayi dapat dipisahkan dari plasenta

- 6) Mengikat tali pusat dengan benang desinfeksi tingkat tinggi pada satu sisi, kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

Rasional : agar darah tidak keluar dari pusat bayi

- 7) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.

Rasional : agar ibu dan bayi tidak hipotermi dan bisa melakukan kontak kulit

- 8) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva

Rasional : agar dapat memudahkan proses peregang tali pusat terkendali

- 9) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi dan tangan lain meregangkan tali pusat.

Rasional : memudahkan plasenta terlepas dari tempat implantasinya

- 10) Setelah uterus berkontraksi, meregangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan peregang tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.

Rasional : dorsokranial memudahkan plasenta terlepas dari tempat implantasinya

- 11) Melakukan peregang dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong meregangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).

Rasional : memudahkan plasenta keluar sesuai dengan kurva jalan lahir sehingga tampak pada vulva

- 12) Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati, pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah jarum jam untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.

Rasional : mencegah robekan dan mencegah tertinggalnya selaput ketuban yang dapat menyebabkan perdarahan

- 13) Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)

Rasional : agar kontraksi baik dan mencegah perdarahan

- 14) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukkan kedalam kantong plastik yang tersedia.

Rasional : adanya sisa plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal dapat menyebabkan perdarahan

- 15) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Rasional : penjahitan laserasi dapat mencegah terjadinya perdarahan

- 16) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

Rasional : kontraksi uterus yang baik dapat mencegah perdarahan akibat atonia uteri

- 17) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

Rasional : untuk menjalin ikatan batin antara ibu dan bayi

- 18) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg secara intramuskuler (IM) di paha kiri anterolateral.

Rasional : agar bayi mendapat perlindungan dini terhadap komplikasi yg akan terjadi

- 19) Setelah satu jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral.

Rasional : mengurangi resiko bayi terkena penyakit hepatitis

F. LANGKAH VI PELAKSANAAN TINDAKAN ASUHAN KEBIDANAN

Tanggal 28 agustus 2017, jam 16:45WITA

1. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
2. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
3. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (IM) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).

4. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
5. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
6. Mengikat tali pusat dengan benangsteril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
7. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
8. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
9. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi, sementara itu tangan lain meregangkan tali pusat.
10. Setelah uterus berkontraksi, meregangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorso krainial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan peregangkan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
11. Melakukan peregangkan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong meregangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).

12. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati, pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
13. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
14. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.
15. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
16. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
17. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
18. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
19. Setelah satu jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral.

G. LANGKAH VII EVALUASI HASIL ASUHAN KEBIDANAN

Evaluasi tanggal 28 agustus 2017, jam 16:50 WITA

1. Kala III berlangsung ± 5 menit
2. Kotiledon dan selaput ketuban lahir lengkap tangl 28 agustus 2017, jam16.50 WITA
3. Tinggi fundus uteri setinggi pusat
4. Perdarahan kala III ± 250 cc
5. Kontraksi uterus baik , uterus teraba keras dan bundar
6. Keadaan ibu dan bayi baik.

KALA IV

A. LANGKAH I IDENTIFIKASI DATA DASAR

Data subjektif :

1. Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah, setelah melahirkan.
2. Ibu senang dengan kelahiran bayinya
3. Ibu mengatakan belum BAB setelah melahirkan dan sudah BAK

Data objektif :

B. LANGKAH II IDENTIFIKASI DIAGNOSA/ MASALAH AKTUAL

Perlangsungan kala IV dengan kelelahan

Data subjektif : ibu merasa lelah setelah persalinannya

Data objektif :

1. Keadaan ibu baik
2. Kesadaran composmentis
3. Tanda-tanda vital dalam batas normal

TD	= 120/80 mmHg	S	= 36.5° C
N	= 80 x/menit	P	= 24 x/menit

4. Plasenta dan selaput ketuban telah lahir lengkap
5. Ibu tampak kelelahan setelah proses persalinan
6. Kontraksi uterus baik, teraba bundar dan keras
 - 1) kala III berlansung ± 5 menit plasenta lahir lengkap tanggal 28 agustus 2017
 - 2) tinggi fundus uteri setinggi pusat, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar)
 - 3) perdarahan ± 250 cc dan kandung kemih kosong

Analisa dan interpretasi data:

Setelah plasenta lahir lengkap, maka menunjukkan telah masuk ke kala pengawasan/ kala observasi post partum. Kelelahan disebabkan oleh penggunaan energi dan cairan yang banyak saat persalinan (Kuswanti dan Melina, 2014 : 8).

C. LANGKAH III IDENTIFIKASI DIAGNOSA/ MASALAH POTENSIAL

Tidak Ada Data Yang Menunjang Terjadinya Diagnoso Potensial

D. LANGKAH IV IDENTIFIKASI PERLUNYA TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI DAN RUJUKAN

Tidak ada data yang menunjang

E. LANGKAH V RENCANA TINDAKAN

1. Tujuan : kala IV berlansung normal dan kelelahan dapat teratasi

2. Kriteria : tidak terjadi perdarahan, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar), kandung kemih kosong dan tanda-tanda vital dalam batas normal

Rencana tindakan

Tanggal 28 agustus 2017 , jam 17.05 WITA

1. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

Rasional : mencegah terjadinya perdarahan pervaginam

2. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

Rasional : agar kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar)

3. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah setiap 15 menit pada jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 jam pada jam kedua pasca persalinan

Rasional : mengetahui jumlah darah yang keluar

4. Memeriksa tanda-tanda vital ibu, tinggi fundus uteri kontraksi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

Rasional : tanda-tanda vital yang normal dan kandung kemih yang kosong menandakan kala IV berlangsung normal

5. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik.

Rasional : agar bayi dalam keadaan aman dan nyaman

6. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.

Rasional : larutan klorin 0,5% dapat membunuh bakteri yang dapat mengakibatkan infeksi

7. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

Rasional : mencegah terjadinya infeksi

8. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi (DDT), membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.

Rasional : agar ibu terhindar dari kuman

9. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin makan dan minum

Rasional : dengan makan dan minum akan memberikan tenaga ibu yang telah terkuras selama proses persalinannya

10. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.

Rasional : untuk membunuh kuman

11. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5.

Rasional : mencegah infeksi silang dan sebagai tindakan desinfeksi infeksi

12. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

Rasional : dekontaminasi agar tidak terkontaminasi dengan bakteri

13. Melengkapi partograf

Rasional : sebagai catatan pemantauan persalinan.

F. LANGKAH VI PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN

Tanggal 28 agustus 2017, jam 17.05 WITA

1. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
2. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
3. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darahsetiap 15 menit selama 1 jam pasca persalinan dan setiap 30 menit pada jam ke 2 pasca persalinan
4. Memeriksa tanda-tanda vital ibu (kecuali pernapasan), tinggi fundus uteri, kontraksi uterus kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit selama 1 jam pasca persalinan dan setiap 30 menit pada jam ke 2 pasca persalinan.

Jam	Waktu (WITA)	TD (mmHg)	Nadi (x/menit)	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi uterus	Kandung kemih	perdarahan
I	17.05WITA	120/80	80 x/i	36.5°C	stpst	baik	Kosong	50 cc
	17.20 WITA	120/80	80 x/i		stpst	baik	Kosong	50 cc
	17.35 WITA	120/80	78 x/i		stpst	baik	Kosong	40 cc
	17.50WITA	120/80	78 x/i		stpst	baik	Kosong	30 cc
II	18.20 WITA	120/80	80 x/i	37°C	stpst	baik	Kosong	30 cc
	18.50 WITA	120/80	80 x/i		stpst	baik	Kosong	20 cc

5. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik.
6. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
7. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
8. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
9. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
10. Dekontaminasikan tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
11. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5.
12. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
13. Melengkapi partograf (Saifuddin, 2014 : 341-347).

G. LANGKAH VII EVALUASI HASIL ASUHAN KEBIDANAN

Tanggal 28 agustus 2017, jam 17.05 WITA

1. Kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar)
2. Jumlah perdarahan \pm 250 cc
3. Kandung kemih kosong
4. Tanda-tanda vital dalam batas normal

Tekanan darah : 120/80 mmHg Suhu : 36,5 °C
Nadi : 80x/ menit Pernapasan : 24x/ menit

5. Ibu telah makan dan minum

6. Keadaan ibu dan bayi baik



**“PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL
PADA NY “R” GESTASI 39 MINGGU 6 HARI DENGAN ASUHAN
PESALINAN NORMAL DI PUSKESMAS JUMPANDANG BARU
TANGGAL 28 AGUSTUS 2017”**

No. Register : 2817xx

Tanggal Masuk : 28 Agustus 2017 Pukul 14.25WITA

Tanggal Pengkajian : 28 Agustus 2017 Pukul 14.30WITA

Tanggal Partus : 28 Agustus 2017 Pukul 16.45WITA

Nama pengkaji : Zuhriani Hs

LANGKAH I IDENTIFIKASI DATA DASAR

Identitas Ibu/Suami

Nama : Ny ”R” / Tn ”A”

Umur : 35 Tahun / 39Tahun

Nikah/Lamanya : 1 X / 15 Tahun

Suku : Makassar / Makassar

Agama : Islam / Islam

Pendidikan : SD / SMP

Pekerjaan : IRT / Wiraswasta

Alamat : Jl. A.R. Hakim Lr.2

KALA I

DATA SUBJEKTIF (S)

1. Ibu mengatakan ini kehamilan yang keempat dan tidak pernah keguguran sebelumnya.
2. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhir tanggal 22 November 2016
3. Ibu mengatakan tidak pernah merasakan nyeri perut yang hebat selama hamil
4. Ibu mengatakan telah memeriksakan kehamilannya sebanyak 6 kali di Puskesmas, 2x pada trimester I, 2x pada trimester II, dan 2x pada trimester III
5. Ibu mengatakan umur kehamilannya \pm 9 bulan
6. Ibu mengatakan selama hamil ibu mengkonsumsi tablet Fe
7. Ibu mengatakan nafsu makan baik dan tidak ada pantangan
8. Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit serius
9. Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit seperti jantung, hipertensi, asma, diabetes melitus, dan penyakit menular lainnya seperti Tuberculosis (TBC), malaria, hepatitis, dan penyakit menular seksual (PMS)
10. Ibu mengatakan tidak pernah di rawat di puskesmas dan di rumah sakit karena penyakit yang serius.
11. Ibu mengatakan sakit perut tembus kebelakang sejak tanggal 28 Agustus 2017 pukul 03.00WITA
12. Ibu mengatakan sakit yang di rasakan hilang timbul dan semakin lama semakin sering.
13. Ibu mengatakan adanya pelepasan lender dan darah sejak tanggal 28 Agustus

2017 pukul 06.45WITA

14. Ibu mengatakan tidak ada pengeluaran air dari jalan lahir.

DATA OBJEKTIF (O)

1. Keadaan umum ibu baik

2. Kesadaran composmentis

3. Tanda-tanda vital dalam batas normal

TD : 120/80 mmHg S : 36.5° C

N : 80 x/Menit P : 22 x/menit

4. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : rambut hitam, panjang, lurus keadaan kulit kepala bersih, tidak ada ketombe, benjolan dan nyeri tekan
- b. Wajah : tidak ada cloasma, tidak ada pembengkakan, oedema dan nyeri tekan.
- c. Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih dan tidak ikhterus.
- d. Mulut : bibir lembab, keadaan mulut bersih, tidak ada caries pada gigi, dan keadaan gigi lengkap.
- e. Telinga : tidak ada serumen, pembengkakan dan nyeri tekan.
- f. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan vena jugularis.
- g. Payudara : simetris kiri/kanan, puting susu menonjol, tampak hiperpigmentasi pada areola mammae, tidak ada benjolan, nyeri tekan dan terdapat kolostrum apabila puting susu dipencet.

h. Abdomen : tampak pembesaran perut sesuai usia kehamilan, tampak linea nigra, dan stiae albican, tonus otot perut kendur.

Pemeriksaan Leopold

Leopold I : TFU 3 jrbpx, 32 cm, teraba bokong di fundus

Leopold II : punggung kiri

Leopold III : kepala

Leopold IV : BDP, 3/5

LP : 92 cm

TBJ : $TFU \times LP = 32 \times 92 = 2944$ gram

HIS : 4 kali dalam 10 menit, dengan durasi 30 – 35 detik

Auskultasi : DJJ terdengar jelas, kuat, dan teratur pada kuadran kiri perut ibu bagian bawah dengan frekuensi 130 x/menit.

i. Ekstremitas : keadaan kaki dan tangan lengkap, simetris kiri dan kanan, tidak ada oedema pada tungkai, tidak ada varises, tidak ada nyeri tekan dan terdapat reflex patella kiri dan kanan.

j. Genitalia : keadaan genitalia bersih, tidak ada varises, tidak ada oedema, tidak ada pembesaran kelenjar batholin, dan tampak pengeluaran lender dan darah.

Pemeriksaan dalam tanggal 28 Agustus 2017 pukul 14.30WITA, oleh mahasiswa “Z”

- (1) Keadaan vulva dan vagina : Tidak ada kelainan
- (2) Portio : Tipis dan Lunak
- (3) Pembukaan : 8 cm
- (4) Ketuban : Utuh
- (5) Presentase : Ubun-ubun kecil di depan simpisis
- (6) Penurunan : Hodge III
- (7) Molase : 0
- (8) Penummbungan : Tidak ada
- (9) Kesan panggul : Normal
- (10) Pelepasan : Lendir dan darah

ASSESMENT (A)

GIVPIIIA0, gestasi 39 minggu 6 hari, Presentase kepala, situs memanjang, Intrauterin, Tunggal, Hidup, Keadaan ibu dan janin baik, Inpartu Kala 1 faseaktif.

PLANNING (P)

1. Menjelaskan pada ibu penyebab nyeri yang dirasakan yaitu adanya penekanan pada ujung-ujung syaraf dan ketegangan uterus saat berkontraksi.

Hasil : telah di jelaskan dan ibu mengerti

2. Mengajarkan ibu teknik relaksasi dan pengaturan nafas pada saat kontraksi dengan cara ibu menarik nafas panjang melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut.

Hasil : ibu bersedia melakukannya

3. Mengajarkan ibu untuk miring ke kiri agar suplai oksigen ke janin menjadi lancar.

Hasil : ibu bersedia melakukannya yaitu dengan mengambil posisi miring ke kiri.

4. Mengajarkan ibu untuk makan Kurma dan minum di sela-sela kontraksi agar ibu memiliki tenaga untuk mengedan.

Hasil : ibu bersedia melakukan anjuran yang di berikan dan ibu makan dan minum di sela-sela kontraksi.

5. Mengobservasi His, Nadi, DJJ setiap 30 menit, dan mengobservasi VT setiap 2-4 jam atau jika ada indikasi.

Hasil :

No	Jam (WITA)	DJJ (X/Menit)	Nadi (X/Menit)	His	
				F (X/Menit)	Durasi (Detik)
1	15	138 X/Menit	78 X/Menit	4 X 10	40 - 45
2	15.3	140 X/Menit	80 X/Menit	5 X 10	40-45
3	16	140 X/Menit	80 X/Menit	5 X 10	40-45
4	16.3	135 X/Menit	78 X/Menit	5X 10	45-50

Tabel 3.3 observasi tanda-tanda vital, djj dan his (Sumber Data Primer).

Melakukan pemeriksaan dalam tangga 28 Agustus 2017 pukul 16.30

WITA oleh mahasiswa "Z"

- 1) Keadaan vulva dan vagina : Tidak ada kelainan
- 2) Portio : Melesap dan tidak teraba
- 3) Pembukaan : 10 cm
- 4) Ketuban : Pecah
- 5) Presentase : Ubun-ubun kecil dibawah simpisis
- 6) Penurunan : Hodge IV
- 7) Molase : 0
- 8) Penumbungan : Tidak ada
- 9) Kesan panggul : Normal
- 10) Pelepasan : Lendir, darah bercampur dengan ketuban

6. Menyiapkan alat dan bahan penolong persalinan

b. Alat Perlindungan Diri

- 1) Penutup kepala
- 2) Masker
- 3) Kacamata
- 4) Celemek
- 5) Sepatu tertutup (sepatu boot)

c. Partus Set

- 1) *Handscoon* steril
- 2) 2 buah klem koher
- 3) ½ koher
- 4) 1 buah gunting episiotomy
- 5) 1 buah gunting tali pusat
- 6) 1 buah kateter nelaton
- 7) Kassa steril
- 8) Pengisap lender
- 9) Penjepit tali pusat

d. On steril

- 1) 2 buah handuk kering dan bersih
- 2) Pakaian bersih ibu dan bayi meliputi baju, pembalut, sarung, celana dalam, pakaian bayi, popok, topi/tutup kepala, sarung tangan/kaki, kain selimut untuk membedong.

3) Heacting set

- 1) 1 buah pinset sirurgik
- 2) 1 buah pinset antomi
- 3) Nal puder
- 4) 2 buah jarum (1 jarum circle dan 1 jarum V1 circle)
- 5) Gunting benang
- 6) Benang cromatic
- 7) 1 pasang sarung tangan steril
- 8) Obat-obatan esensial
 1. Lidocain 1 ampul
 2. Oksytosin 10 IU 1 ampul
 3. Cairan RL, Infus set 5.1, spuit 3 cc dan spoit 1 cc
 4. Meteregin 1 ampul
- 9) Peralatan lain
 1. Larutan Clorin 0,5 %
 2. Air DTT
 3. Kantong plastic
 4. Tempat sampah kering dan basah
 5. Safety box
 6. Bengkok
 7. Was Lap
 8. Tempat plasenta

Menyiapkan tempat, penerangan dan lingkungan untuk kelahiran bayi, dengan memastikan ruangan sesuai kebutuhan bayi baru lahir , meliputi ruangan bersih, hangat, pencahayaan cukup dan bebas dari tiupan angin.

Hasil : alat dan bahan penolong persalinan telah di siapkan

7. Mendokumentasikan hasil di partograf

Hasil : telah di dokumentasikan di partograf

KALA II

DATA SUBJEKTIF (S)

1. Ibu mengatakan sakit yang dirasakan semakin kuat
2. Ibu mengatakan ingin BAB dan ibu merasakan adanya tekanan pada anus
3. Ibu mengatakan adanya dorongan untuk meneran
4. Ibu mengatakan sakitnya bertambah kuat dan tembus kebelakang

DATA OBJEKTIF (O)

1. Keadaan umum ibu baik
2. Kesadaran composmentis
3. Kontraksi uterus 5 x 10 menit, dengan durasi 45-50 detik.
4. Frekuensi DJJ 135 x/menit.
5. Tanda-tanda vital

TD : 120/70 mmHg

S : 36.5° C

N : 78 x/Menit

P : 24 x/menit

6. Tampak tanda dan gejala kala II dimana tampak :

- a. Tampak Perineum menonjol.

- b. Pembukaan sudah lengkap
- c. Vulva, vagina dan sfingter ani membuka.
- d. Meningkatnya pengeluaran lender bercampur dengan darah.
- e. Tampak rambut bayi pada vulva.

ASSESSMENT (A)

Perlangsungan kala II

PLANNING (P)

Tanggal 28 Agustus 2017 pukul 16.30WITA

1. Melihat tanda dan gejala kala II

Hasil : tampak tanda dan gejala kala II

- Adanya dorongan kuat untuk meneran
- Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
- Perineum menonjol
- Vulva, vagina dan spingter ani membuka

2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan 1

ampul oksitosin dan memasukkan alat suntik sekali pakai ke dalam wadah partus set.

Hasil : alat dan bahan telah siap

3. Memakai celemek plastic

Hasil : celemek telah di pakai

4. Melepas semua perhiasan yang dipakai di tangan, lalu mencuci tangan di

bawah air mengalir dengan tehnik 7 langkah

Hasil : tangan telah di cuci

5. Menggunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

Hasil : sarung tangan telah dipakai

6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakkan kembali kedalam wadah partus set.

Hasil : spoit telah di isi dengan oksitosin dan telah di letakkan kembali di wadah partus set

7. Membersihkan vulva dan perineum, mengusapnya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas DTT.

Hasil : vulva dan perineum telah dibersihkan

8. Lakukan pemeriksaan dalam (PD) untuk memastikan pembukaan lengkap (bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi).

Hasil : pemeriksaan dalam tanggal 28 Agustus 2017 pukul 16.30WITA oleh mahasiswa "Z"

Keadaan vulva dan vagina : Tidak ada kelainan

Portio : Melesap dan tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : Pecah

Presentase : Ubun-ubun kecil dibawah simpisis

Penurunan : Hodge IV

Molase : 0

Penumbungan : Tidak ada

Kesan panggul : Normal

Pelepasan : Lendir, darah bercampur dengan air ketuban

9. Mendekontaminasi sarung tangan kotor kedalam larutan clorin 0,5 % dan membukanya secara terbalik, lalu rendam selama 10 menit

Hasil : sarung tangan telah dibuka secara terbalik dan didekontaminasi di larutan clorin 0,5 % selama 10 menit.

10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi, untuk memastikan DJJ dalam batas normal yaitu 120-160 x/menit

Hasil : DJJ terdengar jelas, kuat, dan teratur pada kuadran kiri perut ibu bagian bawah dengan frekuensi 135 x/menit.

11. Beritahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin serta ibu dalam keadaan baik.

Hasil : ibu dan keluarga telah di beritahu

12. Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

Hasil : keluarga bersedia membantu

13. Lakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, diantaranya : bimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai

keinginan untuk meneran, berikan dukungan dan semangat atas usaha ibu untuk meneran, anjurkan ibu beristirahat diantara kontraksi dan anjurkan ibu untuk minum di sela-sela kontraksi.

Hasil : telah dilakukan pimpinan meneran, ibu beristirahat dan minum diantara kontraksi, serta ibu telah diberi semangat.

14. Jika ibu tidak memiliki keinginan untuk meneran, anjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi yang dianggap nyaman.

Hasil : ibu telah memilih posisi yang nyaman yaitu dengan posisi miring kiri

15. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu.

Hasil : handuk bersih telah di letakkan diatas perut ibu

16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu

Hasil : telah dilakukan

17. Membuka partus set untuk memastikan kelengkapan alat dan bahan.

Hasil : alat dan bahan telah lengkap

18. Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan

Hasil : sarung tangan steril telah dipakai

19. Setelah kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lakukan

penyokongan dengan melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, kemudian letakkan tangan yang lain pada kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut untuk mencegah terjadinya gerakan difleksi maksimal.

Hasil : telah dilakukan penyokongan dan kepala bayi telah lahir.

20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

Hasil : tidak terjadi lilitan tali pusat

21. Tunggu kepala sampai melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Hasil : kepala telah melakukan putaran paksi luar secara spontan

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan, lakukan pegangan secara biparietal, dengan menempatkan kedua tangan pada sisi muka bayi. Anjurkan ibu menerang pada kontraksi berikutnya, dengan lembut tarik bayi kebawah untuk mengeluarkan bahu depan, kemudian tarik keatas untuk mengeluarkan bahu belakang.

Hasil : pegangan biparietal telah dilakukan, dan kedua bahu telah lahir.

23. Setelah kedua bahu bayi lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah, Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

Hasil : telah dilakukan bahu dan lengan bayi telah lahir.

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut kepongung, bokong, tungkai dan kaki serta pegang masing-masing kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

Hasil : telah dilakukan, dan bayi lahir spontan tanggal 28 Agustus 2017 pukul

16.45 WITA dengan jenis kelamin laki-laki.

25. Lakukan penilaian sepiantas, dengan menilai apakah bayi menangis kuat,

bernafas tanpa kesulitan, bayi bergerak aktif dan bagaimana warna kulitnya.

Hasil : bayi lahir segera menangis, bernafas tanpa kesulitan, bergerak aktif dan kulit tubuh kemerahan.

26. Bersihkan dan keringkan bayi mulai dari muka, kepala, bagian tubuh lainnya, kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks caseosa. Ganti handuk yang basah dengan handuk kering dan biarkan bayi di atas perut ibu.

Hasil : bayi telah dibersihkan dan di keringkan

KALA III

DATA SUBJEKTIF (S)

1. Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah
2. Ibu tampak senang dengan kelahiran bayinya.
3. Ibu mengatakan plasenta atau ari-arinya belum lahir

DATA OBJEKTIF (O)

1. Bayi lahir spontan segera menangis, tanggal 28 Agustus 2017 pukul 16.45WITA, dengan jenis kelamin laki-laki, BBL = 3000 gram, PBL = 49 cm, A/S = 8/10
2. Kontraksi uterus baik, teraba bundar dan keras
3. Tinggi fundus uteri setinggi pusat.
4. Plasenta belum lahir
5. Kandung kemih ibu kosong

ASSESSMENT (A)

Perlangsungan kala III

PLANNING (P)

1. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

Hasil : ibu hamil tunggal

2. Memberitahu ibu bahwa ia akan oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

Hasil : ibu telah di beritahu dan ibu bersedia di suntik.

3. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

Hasil : oksitosin telah disuntikkan

4. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dengan mendorong tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

Hasil : tali pusat telah diklem

5. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

Hasil : tali pusat telah digunting

6. Lakukan pengikatan tali pusat dengan benang steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya. Atau dilakukan penjepitan tali pusat dengan penjepit tali pusat.

Hasil : tali pusat telah di ikat dengan benang steril.

7. Letakkan bayi secara tengkurap di dada ibu agar ada kontak kulit ibu dan bayi, Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

Hasil : telah dilakukan

8. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan bersih lalu pasang topi dikepala bayi.

Hasil : bayi dan ibu telah di selimuti dengan kain hangat dan bayi telah di pasangkan topi

9. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

Hasil : klem telah di pindahkan

10. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi, sementara itu tangan lain meregangkan tali pusat.

Hasil : telah dilakukan

11. Setelah uterus berkontraksi, regangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorso cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan peregangkan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.

Hasil : telah dilakukan dorongan dorso cranial

12. Melakukan peregang dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong meregangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso kranial).

Hasil : telah dilakukan

13. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati, pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah jarum jam untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.

Hasil : plasenta telah lahir 5 menit setelah bayi lahir pada tanggal 28 Agustus 2017 pukul 16.50WITA

14. Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).

Hasil : telah dilakukan masase uterus

15. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.

Hasil : plasenta lahir lengkap kotiledon dan selaput ketubannya.

16. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Hasil : telah dilakukan, dan tidak terjadi laserasi pada perineum.

17. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

Hasil : telah dilakukan, dan uterus berkontraksi dengan baik teraba bundar dan keras.

18. Biarkan bayi melakukan kontak kulit dengan ibu paling sedikit 1 jam

Hasil : telah dilakukan, dengan membiarkan bayi melakukan kontak kulit selama 1 jam.

19. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/ pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg secara intramuskuler (IM) di paha kiri anterolateral.

Hasil : bayi telah di beri tetes mata/salep mata antibiotic profilaksis, dan telah di suntikkan vitamin K secara intramuskuler di paha kiri anterolateral.

5. Hasil penimbangan/pengukuran

BBL= 3000 gram

PBL = 49 cm

LK = 33 cm

LD = 33 cm

LP = 31 cm

20. Setelah satu jam pemberian suntikkan vitamin K, lakukan penyuntikan imunisasi hepatitis B pada paha kanan antero lateral secara intramuscular.

Hasil : telah dilakukan penyuntikkan hepatitis B di paha kanan antero lateral secara intramuscular.

KALA IV

DATA SUBJEKTIF (S)

1. Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah, setelah melahirkan.
2. Ibu senang dengan kelahiran bayinya
3. Ibu mengatakan belum BAB setelah melahirkan dan sudah BAK
4. Keadaan ibu baik
5. Kesadaran composmentis
6. Tanda-tanda vital dalam batas normal

TD = 120/80 mmHg S = 36.5° C

N = 80 x/menit P = 24 x/menit

7. Plasenta dan selaput ketuban telah lahir lengkap
8. Ibu tampak kelelahan setelah proses persalinan
9. Kontraksi uterus baik, teraba bundar dan keras

ASSESSMENT (A)

Perlangsungan kala IV

PLANNING (P)

1. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan pencegahan perdarahan pervaginam, 15 menit pada jam pertama pasca persalinan, dan 30 menit pada jam kedua pasca persalinan

Hasil : telah dilakukan pemantauan dan tidak terjadi perdarahan pervaginam, serta kontraksi uterus baik teraba bundar dan keras.

2. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai

kontraksi.

Hasil : telah dilakukan dan ibu mengerti yang diajarkan.

3. Mengevaluasi dan mengstimulasi jumlah kehilangan darah setiap 15 menit selama 1 jam pasca persalinan, dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

Hasil : jumlah perdarahan tanggal 28 Agustus 2017 pada pukul 17.05 WITA adalah ± 250 cc

4. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital ibu (kecuali pernapasan), tinggi fundus uteri, kontraksi uterus dan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pasca persalinan dan setiap 30 menit pada jam ke 2 pasca persalinan

Hasil :

Jam	Waktu (WITA)	TD (mmHg)	Nadi (x/menit)	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi uterus	Kandung kemih	perdarahan
I	17.05 WITA	120/80	80 x/i	36.5° C	stpst	baik	Kosong	50 cc
	17.20 WITA	120/80	80 x/i		stpst	baik	Kosong	50 cc
	17.35 WITA	120/80	78 x/i		stpst	baik	Kosong	40 cc
	17.50 WITA	120/80	78 x/i		stpst	baik	Kosong	30 cc
II	18.20 WITA	120/80	80 x/i	37° C	stpst	baik	Kosong	30 cc
	18.50 WITA	120/80	80 x/i		stpst	baik	Kosong	20 cc

Tabel 3.4 observasi dan evaluasi tanda-tanda vital, fundus uteri, kontraksi uterus, kantung kemih dan perdarahan (Sumber Data Primer).

5. Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40 - 60 x/menit) serta suhu tubuh normal yaitu (36.5°C - 37.5°C)

Hasil : telah dilakukan pemeriksaan dan bayi bernafas normal dengan pernapasan 50 x/menit dan suhu tubuh normal yaitu 36.8°C .

6. Tempatkan semua peralatan bekas pakai kedalam larutan klorin 0.5 % untuk didekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas setelah didekontaminasi.

Hasil : telah dilakukan, dan peralatan telah direndam dilarutan klorin untuk didekontaminasi.

7. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.

Hasil : telah dilakukan

8. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. dan bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.

Hasil : ibu telah dibersihkan, dan ibu telah memakai pakaian bersih dan kering.

9. Pastikan ibu merasa aman dan nyaman. Bantu ibu untuk memberikan ASI kepada bayinya, dan anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

Hasil : ibu telah merasa nyaman, ibu telah menyusui bayinya, dan ibu telah makan dan minum di bantu oleh keluarga.

10. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0.5 %

Hasil : telah dilakukan

11. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0.5 %, dan buka secara terbalik dengan bagian dalam ke luar, lalu rendam dalam larutan klorin 0.5 % selama 10 menit.

Hasil : telah dilakukan

12. Cuci kedua tangan dengan sabun dibawah air mengalir dengan menggunakan teknik cuci tangan 7 langkah.

Hasil : telah dilakukan dan tangan telah di cuci.

13. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

Hasil : partograf telah di lengkapi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan menguraikan pembahasan tentang asuhan kebidanan pada Ny “R” dengan persalinan normal di Puskesmas Jumpandang Baru tanggal 28 Agustus 2017. Asuhan ini dilakukan selama satu hari yang dimulai saat pasien masuk di puskesmas sampai pasien pindah keruangan nifas, dimana asuhan yang dilakukan berlanjut pada proses pengakhiran kehamilan yang mencakup kala I-IV persalinan.

Pembahasan ini dibuat berdasarkan pendekatan asuhan kebidanan dengan tujuh langkah varney yaitu: pengkajian data dan analisis data dasar, identifikasi diagnosa/masalah aktual, identifikasi diagnosa/masalah potensial, tindakan segera, kolaborasi serta rujukan, perencanaan tindakan asuhan kebidanan, pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan, mengevaluasi asuhan kebidanan, serta mendokumentasikan hasil asuhan kebidanan.

A. Langkah I Identifikasi Data Dasar

Langkah pertama merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya. Mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien/orang yang meminta asuhan. Kegiatan pengumpulan data dimulai saat klien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung, data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber.

Teknik pengumpulan data ada tiga yaitu, 1) Observasi, 2) Wawancara 3) Pemeriksaan. Observasi adalah pengumpulan data melalui indra penglihatan (perilaku, tanda fisik, kecacatan, ekspresi wajah), pendengaran (bunyi batuk, bunyi nafas), penciuman (bau nafas, bau luka), perabaan (suhu badan, nadi). Wawancara, dimana pembicaraan terarah yang umumnya dilakukan pada pertemuan tatap muka. Dalam wawancara yang penting diperhatikan adalah data yang ditanyakan di arahkan data yang relevan. Pemeriksaan, dimana pengumpulan data yang dilakukan dengan memakai instrument/alat mengukur. Dengan tujuan untuk memastikan batas dimensi angka, irama kuantitas. Misalnya pengukuran tinggi badan dengan meteran, berat badan dengan timbangan, tekanan darah dengan tensimeter (Dwi Asri, 2012 : 27-28).

Data secara garis besar diklasifikasikan sebagai data subjektif dan data objektif. Pada waktu mengumpulkan data subjektif harus mengembangkan hubungan antar personal yang efektif dengan pasien/klien yang diwawancarai, lebih diperhatikan hal-hal yang menjadi keluhan utama pasien dan mencemaskan, berupa pendapatan data/fakta yang sangat bermakna dalam kaitan dengan masalah pasien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara, anamneses dengan melakukan tanya jawab untuk memperoleh data meliputi: riwayat kesehatan, riwayat reproduksi: riwayat haid, riwayat obstetri, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, riwayat ginekologi, riwayat KB, riwayat pemenuhan kebutuhan dasar, data sosial ekonomi dan psikologi dan pemeriksaan fisik, yang meliputi keadaan

umum klien, tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik dilakukan secara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi dan dilakukan pemeriksaan penunjang bila perlu.

Tahap ini merupakan langkah yang menentukan langkah berikutnya. Kelengkapan data yang sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi atau masukan klien yang sebenarnya.

Berdasarkan pengkajian asuhan kebidanan pada kala I yang telah didapatkan pada Ny “R” usia 35 tahun, GIVPIIIA0, datang kepuskesmas pada pukul 14.25 wita dengan keluhan nyeri pada perut bagian bawah yang menjalar kepinggang, yang di sertai dengan adanya pelepasan lendir bercampur dengan darah sejak tanggal 28 agustus 2017 pukul 16.45 wita, dan rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu hilang timbul dan semakin lama semakin sering dan bertambah kuat, pasien mengatakan selama hamil pergerakan janinnya kuat dan bergerak pada bagian sebelah kiri perut ibu, pasien mengatakan melakukan kunjungan *antenatal care* (ANC) sebanyak 6x di Puskesmas Jumpandang Baru, pasien mengatakan hari pertama haid terakhir tanggal 22 november 2016, dan usia kehamilannya sekarang sudah mencapai ± 9 bulan, pasien mengatakan selama hamil ia tidak pernah merasakan nyeri perut yang hebat.

Pasien tidak pernah mengalami trauma selama kehamilan yang sekarang maupun kehamilan yang lalu, pasien tidak pernah mengalami penyulit dan trauma selama persalinan dan nifas yang lalu, pasien tidak memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, asma, jantung, diabetes dan penyakit menular lainnya, pasien tidak memiliki riwayat mengonsumsi obat-obatan selama hamil tanpa resep dari bidan/dokter, pasien mengatakan pernah menggunakan alat kontrasepsi berupa suntik 3 bulan dan tidak pernah menggantinya, pasien tidak pernah mengalami penyakit yang serius dan tidak pernah dirawat di rumah sakit maupun di puskesmas, Selama hamil, nutrisi pasien terpenuhi dengan baik, istirahat cukup, aktivitas pasien tetap melakukan pekerjaan rumah tangga, melakukan hubungan seksual 2 minggu yang lalu.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran komposmentis, keadaan umum baik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 22x/menit, dan suhu 36,5°C. Ekspresi wajah tampak cemas, tidak tenang dan meringis menahan sakit serta tidak ada edema dan pembengkakan pada wajah, kedua konjungtiva mata tidak anemis dan tidak ikterik, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, limfe dan vena jugularis, payudara tampak simetris, hiperpigmentasi pada areola mammae. Pemeriksaan abdomen didapatkan kesan yaitu tinggi fundus uteri (TFU) 3 jari dibawah *Prosesus Xipioideus*, 32 cm, teraba bokong dan sesuai usia kehamilan 39 minggu 6 hari, punggung kiri, presentasi kepala, situs memanjang, bergerak dalam panggul (BDP) dengan penurunan

bagian terbawah janin 3/5, pada auskultasi terdengar denyut jantung janin dengan frekuensi 130 x/menit, janin intrauterine, tuggal dan hidup.

Pada pemeriksaan dalam pertama tanggal 28 agustus 2017 pukul 14.30 wita yaitu, tidak ditemukan kelainan pada vulva dan vagina, keadaan portio lunak dan tipis, terdapat pembukaan 8 cm, ketuban masih utuh, presentase kepala yaitu ubun-ubun kecil di depan simpisis, penurunan hodge III, molase 0, dan tidak ada penumbungan, serta kesan panggul normal. Pemeriksaan dalam kedua tanggal 28 agustus 2017 pukul 16.30 di dapatkan hasil tidak ditemukan kelainan pada vulva dan vagina, keadaan portio lunak dan tipis, terdapat pembukaan 10 cm, ketuban sudah pecah dengan warna air ketuban jernih, presentase kepala yaitu ubun-ubun kecil sudah dibawah simpisis, penurunan hodge IV, molase 0 dan tidak ada penumbungan, serta kesan panggul normal dan terdapat pelepasan lendir, air dan darah.

Pada pemeriksaan kulit perut, tampak adanya linea nigra dan striae alba yang menandakan kehamilan lebih dari satu dan otot perut sudah kendor, terdapatnya denyut jantung janin dan terabanya bagian-bagian janin pada saat palpasi merupakan salah satu dari tanda-tanda pasti kehamilan (prawirohardjo, 2014 : 179).

Dari hasil pemeriksaan, dilihat dengan menggunakan rumus neagle, mulai dari hari pertama haid terakhir tanggal sampai tanggal pengkajian, maka umur kehamilan 39 minggu 6 hari (Prawirohardjo, 2014 : 279). Bagian dari uterus yang

merupakan tempat janin dapat tumbuh dan berkembang adalah kavum uteri dimana rongga ini merupakan tempat yang luas bagi janin untuk dapat bertahan hidup sampai aterm tanpa ada rasa nyeri perut yang hebat. Tempat tersebut berada dalam korpus uteri yang disebut dengan kehamilan intra uterin (Baety, 2012 : 9).

Didalam kehamilan, janin dikatakan tunggal jika pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan. Saat palpasi teraba satu kepala dan satu punggung, sedangkan auskultasi denyut jantung janin terdengar jelas, kuat dan teratur pada kuadran kiri bawah perut ibu (Baety, 2012 : 10-11)

Untuk menilai penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada diatas symphysis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (per lima an), bagian diatas symphysis adalah proporsi yang belum masuk pintu atas panggul (PAP) dan sisanya telah memasuki pintu atas panggul (PAP) (Widia, 2015 : 64).

Adanya gerakan janin dan denyut jantung janin (DJJ) merupakan tanda bahwa janin hidup. Janin yang dalam keadaan sehat, bunyi jantungnya teratur dan frekuensinya antara 120-160 kali per menit, selain itu tanda janin hidup juga dapat dilihat dari pergerakan janin yang dirasakan kuat oleh ibu satu kali per jam atau lebih dari 10 kali per hari dan pembesaran uterus menandakan janin hidup dan bertumbuh (Prawirohardjo, 2014 : 285). Tanda-tanda vital ibu dalam batas normal dan denyut jantung janin (DJJ) yang teratur dan berada dalam batasan normal

menandakan keadaan ibu dan janin baik, konjungtiva merah muda, hemoglobin 10,5 g/dl (Pantiawati dan Saryono, 2010 : 122).

Pada persalinan kala I yang ditandai dengan adanya his atau kontraksi dimana mempunyai ciri seperti, pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan, his yang bersifat teratur, interval semakin pendek dan kekuatannya semakin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks. Selain his, persalinan juga ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dari kanalis servikalis karena terjadi pembukaan dan pengeluaran darah karena kapiler pembuluh darah pecah.

Persalinan juga dapat disebabkan oleh pengeluaran cairan ketuban yang sebagian besar baru pecah menjelang pembukaan lengkap dan tanda *in partu*, meliputi adanya *bloody show*, peningkatan rasa sakit, perubahan bentuk serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks (dilatasi), pengeluaran cairan yang banyak atau selaput ketuban yang pecah dengan sendirinya (Nurul jannah, 2017 : 3).

Berdasarkan uraian di atas terdapat persamaan antara teori dengan gejala yang timbul pada kala I persalinan normal. Hal ini membuktikan bahwa tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

Berdasarkan pengkajian asuhan kebidanan pada kala II yang telah di dapatkan pada kasus Ny “R” didapatkan data subjektif Ibu merasakan adanya desakan untuk mendorong yang tidak bisa lagi ditahan-tahan, dimana ibu mulai mengatur napas dengan lebih banyak menahannya atau menggumam selama kontraksi, kontraksi sudah tidak begitu sering dirasakan, namun setiap kontraksi

yang tersisa sangat kuat dan semakin kuat, suasana hati ibu sudah mulai berubah dimana ibu merasa mengantuk dan kelelahan dan ia juga mulai fokus pada persalinannya, ibu merasakan adanya tekanan pada anus dan ibu merasakan kepala bayinya seperti mulai menyembul mau keluar lewat vaginanya.

Data objektif pada kasus Ny “R” yang didapat dimana tampak perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani mulai membuka, meningkatnya produksi pengeluaran lendir bercampur dengan darah dan pada pemeriksaan tanda pasti kala II di tentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya pembukaan serviks telah lengkap dan terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Sedangkan teori menerangkan bahwa Kala II dimulai sejak pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi, gejala dan tanda kala II yaitu dimana kontraksi uterus menjadi lebih kuat dan sering (\pm 2-3 menit 1 kali) dan timbul rasa mencedan, dimana air ketuban yang keluar membuat dinding uterus menjadi lebih dekat dengan fetus, sehingga kekuatan kontraksi lebih intensif untuk mendorong keluar fetus, dan juga vagina yang meregang karena turunnya kepala bayi akan membuat kontraksi menjadi lebih baik.

Tanda dan gejala kala II juga di tandai dengan adanya pembukaan lengkap (tidak teraba lagi bibir porsio), ini terjadi karena adanya dorongan bagian terbawah janin yang masuk kedalam dasar panggul karena kontraksi uterus yang kuat sehingga porsio membuka secara perlahan, his yang lebih sering dan kuat (\pm 2-3 menit 1 kali) dan timbul rasa mencedan, karena biasanya dalam hal ini bagian

terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mencedan,

Adanya pengeluaran darah bercampur lendir, di sebabkan oleh adanya robekan serviks yang meregang, pecahnya kantung ketuban, karena kontraksi yang menyebabkan terjadinya perbedaan tekanan yang besar antara tekanan di dalam uterus dan diluar uterus sehingga kantung ketuban tidak dapat menahan tekanan isi uterus akhirnya kantung ketuban pecah, anus membuka, karena bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga menekan rectum dan rasa buang air besar, hal ini menyebabkan anus membuka, vulva terbuka, perineum menonjol, karena bagian terbawah janin yang sudah masuk BDP dan di tambah pula dengan adanya his serta kekuatan mencedan menyebabkan vulva terbuka dan perineum menonjol, karena perineum bersifat elastic, bagian terdepan anak kelihatan pada vulva, karena labia membuka, perineum menonjol menyebabkan bagian terbawah janin terlihat di vulva, karena ada his dan tenaga mencedan menyebabkan bagian terbawah janin dapat dilahirkan (Widia, 2015: 129-130).

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny "R" di kala II tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Berdasarkan pengkajian data asuhan kebidanan perlangsungan kala III pada kasus Ny "R" didapatkan data subjektif ibu lelah setelah melahirkan dan merasakan nyeri pada perut bagian bawah, dan pada data objektif didapatkan dari hasil pemeriksaan yaitu bayi lahir spontan pada tanggal 28 agustus 2017, jam 16.45 wita, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar) tinggi fundus uteri setinggi

pusat perdarahan ± 250 cc, kala II berlangsung selama ± 15 menit tanpa ada penyulit serta tali pusat masih nampak di vulva.

Pada teori menjelaskan bahwa Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta atau uri. Partus kala III disebut juga kala uri. Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. Oleh karena tempat perlengketan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus (Ina Kuswanti, dkk 2014: 199).

Berdasarkan pegkajian yang di lakukakn pada Ny “R” di kala III tidak di temukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Dan berdasarkan data pengkajian asuhan kebidanan pada kasus Ny “R” dengan perlangsungan kala IV didapatkan data subjektif ibu merasa lelah setelah persalinannya dan ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah dan pada data objektif di dapatkan hasil kala III berlangsung ± 5 menit, plasenta lahir lengkap tanggal 28 agustus 2017 jam 16.50 wita, tinggi fundus uteri setinggi pusat, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar), perdarahan ± 250 cc dan kandung kemih kosong.

Teori menjelaskan Kala IV ditetapkan sebagai waktu dua jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Dengan cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena

perdarahan postpartum dapat dikurangi atau dihindarkan (Dwi Asri,dkk 2012: 95). Berdasarkan pegkajian yang di lakukakn pada Ny “R” di kala IV tidak di temukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Berdasarkan uraian di atas yang dimulai dari kala I persalinan sampai kala IV persalinan, terdapat persamaan antara teori dengan gejala yang timbul pada kasus persalinan normal. Hal ini membuktikan bahwa tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

B. Langkah II Identifikasi Diagnosa/ Masalah Aktual

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data - data yang di kumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan di interpretasikan sehingga di temukan masalah atau diagnosa yang spesifik.Langkah awal dari perumusan masalah/diagnosa kebidanan adalah pengolahan/analisa data yang menggabungkan dan menghubungkan satu dengan lainnya sehingga tergambar fakta(Mufdillah, dkk 2012: 113).

Hasil pengkajian data subjektif dan objektif yang diperoleh menunjukkan diagnosis inpartu kala I fase aktif dimana pasien datang pada tanggal 28 agustus 2017 pukul 14.30 wita, dengan keluhan nyeri pada perut bagian bawah yang menjalar kepinggang, yang di sertai dengan adanya pelepasan lendir bercampur dengan darah sejak tanggal 28 agustus 2017 pukul 06.45 wita dan rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu hilang timbul dan semakin lama semakin sering dan bertambah kuat, kehamilan ibu adalah kehamilan yang kelima dan tidak pernah keguguran

sebelumnya, ibu mengatakan usia kehamilannya sekarang sudah mencapai ± 9 bulan.

Riwayat kesehatan yang lalu, Ny “R” tidak pernah mengalami penyakit yang serius dan dirawat dirumah sakit ataupun di puskesmas. Pemeriksaan abdomen didapatkan kesan yaitu tinggi fundus uteri (TFU) 3 jari dibawah *Prosesus Xiphoideus* dan 32 cm sesuai usia kehamilan 39 minggu 6 hari, punggung kiri, presentasi kepala, situs memanjang, bergerak dalam panggul (BDP), terdengar denyut jantung janin dengan frekuensi 130 x/menit, janin intrauterine, tunggal dan hidup. Pemeriksaan dalam tidak ditemukan kelainan, keadaan portio lunak dan tipis, terdapat pembukaan 8 cm, ketuban masih utuh, presentase kepala yaitu ubun-ubun kecil didepan simpisis, penurunan hodge III, molase 0 dan tidak ada penumbungan, serta kesan panggul normal.

Hal tersebut sesuai dengan teori bahwa, Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal dalam kehidupan. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 - 42minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 – 24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin(Dwi, dkk, 2012: 1).

Umumnya pasien *in partu* akan mengeluh nyeri perut bagian bawah yang menjalar kepinggang, hal tersebut terjadi dimana adanya kontraksi uterus yang

menyebabkan terjadinya penipisan atau dilatasi serviks (Prawirohardjo, 2014 : 297). Selain adanya kontraksi atau his, persalinan juga ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dari kanalis servikalis karena terjadi pembukaan dan pengeluaran darah dikarenakan kapiler pembuluh darah pecah (Frisca Tresnawati, 2012 : 11).

Pada pemeriksaan abdomen, tampak adanya linea nigra dan striae alba yang menandakan kehamilan lebih dari satu dan otot perut sudah kendur, terdapatnya denyut jantung janin dan terabanya bagian-bagian janin pada saat palpasi merupakan salah satu dari tanda-tanda pasti kehamilan (prawirohardjo, 2014 : 179).

Pada pemeriksaan leopold untuk menentukan tinggi fundus uteri dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi, dengan posisi ibu setengah duduk, lalu mulai melakukan pengukuran dengan menempelkan ujung pita dari tepi atas simfisis pubis dan puncak fundus uteri hal tersebut dilakukan untuk menilai tinggi fundus uteri apakah tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, dan untuk menentukan presentasi janin dilakukan dengan mempertimbangkan bentuk, ukuran, dan kepadatan bagian tersebut, jika dalam perabaan pada fundus uteri bulat, keras dan melenting maka dapat dikatakan sebagai presentasi bokong karena kepala janin berada pada bagian fundus atau jika pada bagian fundus uteri teraba lunak, kurang melenting, dapat dikatakan presentasi bokong (Ai Nursiah, dkk, 2014 : 75-76).

Untuk menilai penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada diatas symphysis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (per limaannya), bagian diatas symphysis adalah proporsi yang belum masuk pintu atas panggul (PAP) dan sisanya telah memasuki pintu atas panggul (PAP) (Widia, 2015 : 64).

Di dalam kehamilan, janin dikatakan tunggal jika pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan. Saat palpasi teraba satu kepala dan satu punggung, sedangkan auskultasi denyut jantung janin terdengar jelas, kuat dan teratur pada kuadran kiri bawah perut ibu (Baety, 2012 : 10-11). Adanya gerakan janin dan denyut jantung janin (DJJ) merupakan tanda bahwa janin hidup. Janin yang dalam keadaan sehat, bunyi jantungnya teratur dan frekuensinya antara 120-160 kali per menit, selain itu tanda janin hidup juga dapat dilihat dari pergerakan janin yang dirasakan kuat oleh ibu satu kali per jam atau lebih dari 10 kali per hari dan pembesaran uterus menandakan janin hidup dan bertumbuh (Prawirohardjo, 2014 : 285).

Pada persalinan kala I yang ditandai dengan adanya his atau kontraksi dimana mempunyai ciri seperti, pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan, his yang bersifat teratur, interval semakin pendek dan kekuatannya semakin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks. Selain his, persalinan juga ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dari kanalis servikalis karena terjadi pembukaan dan pengeluaran darah karena kapiler pembuluh darah pecah.

Persalinan juga dapat disebabkan oleh pengeluaran cairan ketuban yang sebagian besar baru pecah menjelang pembukaan lengkap dan tanda *in partu*, meliputi adanya *bloody show*, peningkatan rasa sakit, perubahan bentuk serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks (dilatasi), pengeluaran cairan yang banyak atau selaput ketuban yang pecah dengan sendirinya (Nurul jannah, 2017 : 3).

Berdasarkan uraian diatas maka diagnosis pada kasus kala I tersebut adalah GIVPIIIA0, gestasi 39 minggu 6 hari, presentase kepala, situs memanjang, bergerak dalam panggul (BDP), intrauterin, tunggal, hidup, dengan kala I fase aktif.

Berdasarkan pengkajian asuhan kebidanan pada kala II yang telah di dapatkan pada kasus Ny “R” didapatkan data subjektif Ibu merasakan adanya desakan untuk mendorong yang tidak bisa lagi ditahan-tahan, dimana ibu mulai mengatur napas dengan lebih banyak menahannya atau menggumam selama kontraksi, kontraksi sudah tidak begitu sering dirasakan, namun setiap kontraksi yang tersisa sangat kuat dan semakin kuat, suasana hati ibu sudah mulai berubah dimana ibu merasa mengantuk dan kelelahan dan ia juga mulai fokus pada persalinannya, ibu merasakan adanya tekanan pada anus dan ibu merasakan kepala bayinya seperti mulai menyembul mau keluar lewat vaginanya.

Data objektif pada kasus Ny “R” yang didapat dimana tampak perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani mulai membuka, meningkatnya produksi pengeluaran lendir bercampur dengan darah dan pada pemeriksaan tanda pasti kala II di tentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya pembukaan serviks telah

lengkap dan terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Sedangkan teori menerangkan bahwa kala II dimulai sejak pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi, gejala dan tanda kala II yaitu dimana kontraksi uterus menjadi lebih kuat dan sering (\pm 2-3 menit 1 kali) dan timbul rasa mencedan, dimana air ketuban yang keluar membuat dinding uterus menjadi lebih dekat dengan fetus, sehingga kekuatan kontraksi lebih intensif untuk mendorong keluar fetus, dan juga vagina yang merenggang karena turunnya kepala bayi akan membuat kontraksi menjadi lebih baik.

Tanda dan gejala kala II juga di tandai dengan adanya pembukaan lengkap (tidak teraba lagi bibir porsio), ini terjadi karena adanya dorongan bagian terbawah janin yang masuk kedalam dasar panggul karena kontraksi uterus yang kuat sehingga porsio membuka secara perlahan, his yang lebih sering dan kuat (\pm 2-3 menit 1 kali) dan timbul rasa mencedan, karena biasanya dalam hal ini bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mencedan,

Adanya pengeluaran darah bercampur lendir, di sebabkan oleh adanya robekan serviks yang meregang, pecahnya kantung ketuban, karena kontraksi yang menyebabkan terjadinya perbedaan tekanan yang besar antara tekanan di dalam uterus dan diluar uterus sehingga kantung ketuban tidak dapat menahan isi uterus akhirnya kantung ketuban pecah, anus membuka, karena bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga menekan rectum dan rasa buang air besar, hal ini menyebabkan anus membuka, vulva terbuka, perineum menonjol, karena

bagian terbawah janin yang sudah masuk BDP dan di tambah pula dengan adanya his serta kekuatan mengedan menyebabkan vulva terbuka dan perineum menonjol, karena perineum bersifat elastic, bagian terdepan anak kelihatan pada vulva, karena labia membuka, perineum menonjol menyebabkan bagian terbawah janin terlihat divulva, karena ada his dan tenaga mengedan menyebabkan bagian terbawah janin dapat dilahirkan (Widia, 2015: 129-130).

Berdasarkan uraian diatas maka diagnosis pada kasus kala II tersebut adalah GIVPIIIA0, gestasi 39 minggu 6 hari, dengan Perlangsungan kala II.

Berdasarkan pengkajian data asuhan kebidanan perlangsungan kala III pada kasus Ny “R” didapatkan data subjektif ibu lelah setelah melahirkan dan merasakan nyeri pada perut bagian bawah, dan pada data objektif didapatkan dari hasil pemeriksaan yaitu bayi lahir spontan pada tanggal 28 agustus 2017, jam 16.45 wita, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar) tinggi fundus uteri setinggi pusat perdarahan \pm 250 cc, kala II berlangsung selama \pm 15 menit tanpa ada penyulit serta tali pusat masih nampak di vulva.

Pada teori menjelaskan bahwa Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta atau uri. Partus kala III disebut juga kala uri. Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. Oleh karena tempat perlengketan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus (Ina Kuswanti, dkk 2014: 199).

Berdasarkan uraian kasus Ny “R” diatas maka diagnosis pada kasus kala III tersebut adalah GIVPIIIA0, dengan Perlangsungan kala III.

Dan berdasarkan data pengkajian asuhan kebidanan pada kasus Ny “R” dengan perlangsungan kala IV didapatkan data subjektif ibu merasa lelah setelah persalinannya dan ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah dan pada data objektif di dapatkan hasil kala III berlangsung ± 5 menit ,plasenta lahir lengkap tanggal 28 agustus 2017 jam 16.45 wita, tinggi fundus uteri setinggi pusat, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar), perdarahan ± 250 cc dan kandung kemih kosong.

Teori menjelaskan Kala IV ditetapkan sebagai waktu dua jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Dengan cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan postpartum dapat dikurangi atau dihindarkan (Dwi Asri,dkk 2012: 95). Berdasarkan pegkajian yang di lakukakan pada Ny “R” di kala IV maka diagnosis pada kasus kala IV tersebut adalah GIVPIIIA0, dengan Perlangsungan kala IV.

Berdasarkan uraian diatas maka diagnosis pada kasus tersebut adalah GIVPIIIA0, gestasi 39 minggu 6 hari, intrauterin, dengan persalinan normal. Demikian penerapan tinjauan pustaka dan kasus pada Ny “R” secara garis besar tampak adanya persamaan antar teori dengan diagnosis actual yang ditegakkan sehingga memudahkan memberikan tindakan selajutnya.

C. Langkah III Antisipasi Diagnosa/ Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap – siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar – benar terjadi (Mufdillah, dkk 2012: 117).

Dalam mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dilakukan pengantisipasi penanganan yang kemungkinan muncul pada kala I yaitu terjadinya kala I lama, peningkatan atau penurunan tanda-tanda vital, DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali/menit, terjadinya perdarahan pervaginam selain dari lendir dan darah, ketuban pecah yang bercampur dengan mekonium kental yang disertai dengan tanda gawat janin, kontraksi uterus kurang dari 2 kontraksi dalam 10 menit dan berlangsung kurang dari 20 detik serta tidak ditemukan perubahan serviks dalam 1-2 jam, pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada pada partograf, dan dapat mengakibatkan terjadinya infeksi jalan lahir dikarenakan jalan lahir terbuka, maka dapat terjadi infeksi pada ibu apabila terlalu sering dilakukan pemeriksaan dalam.

Dan berdasarkan pengkajian hasil asuhan kebidanan pada Ny “R” tidak didapatkan data penunjang terjadinya diagnosa potensial dimana pada kasus Ny “R” didapatkan data objektif berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan didapatkan hasil Usia gestasi 39 minggu 6 hari, Tanda-tanda vital, Tekanan darah 120/80 mmHg, Suhu 36,5 °C, Nadi 80 x/menit, Pernapasan 22 x/menit, dan pada saat di

lakukan pemeriksaan fisik terfokus di dapatkan hasil pada pemeriksaan abdomen leopold I (3 jrbpx ,32 cm,teraba bokong), leopold II (Puki), leopold III (teraba kepala), leopold IV (bdp dengan penurunan bagian terbawah janin 3/5), DJJ 130 x/menit, dan pada saat dilakukan pemeriksaan dalam (VT 1) pada tanggal 28 agustus 2017 pada jam 14.30 wita di dapatkan hasil vulva dan vagina dalam keadaan normal, porsio menipis, pembukaan 8 cm, ketuban masih utuh, presentase ubun-ubun kecil di depan simpisis penurunan hogde III kesan panggul normal, dan terdapat pelepasan lendir dan darah , Dan selanjutnya dilakukan pemeriksaaan dalam (VT II) pada tanggal 28 agustus 2017 pukul 16.30 wita, di dapatkan hasil vulva dan vagina dalam keadaan normal , porsio Melesap, pembukaan 10 cm, ketuban sudah pecah dengan warna air ketuban jernih, presentase kepala di bawah syimpis ,penurunan hogde IV kesan panggul normal, dan terdapat pelepasan lendir, air dan darah.

Pada kala II persalinan, kemungkinan masalah yang dapat terjadi yaitu, terjadinya kala II lama yang di sertai dengan partus macet/kasep, dimana partograf melewati garis waspada, terjadinya distosia bahu, kontraksi tidak teratur dan kurang, tanda-tanda vital meningkat, dan ibu tampak kelelahan. Pada kasus Ny “R” tidak di dapatkan data penunjang terjadinya diagnosa petensial tersebut dimana pada kasus Ny “R” bayi lahir spontan, segera menangis 15 menit setelah pembukaan lengkap pada tanggal 28 agustus 2017 pukul 16.45 wita, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar) , tinggi fundus uteri setinggi pusat, dan tali pusat masih nampak pada vulva.

Pada manajemen aktif Kala III persalinan, masalah yang dapat terjadi yaitu diantaranya terjadinya perdarahan pervaginam dikarenakan terjadinya laserasi jalan lahir, atonia uteri karena kontraksi uterus yang tidak baik, dan terjadinya retensio plasenta dimana plasenta belum lahir 30 menit setelah bayi lahir. Pada kasus Ny “R” tidak terdapat data yang menunjang terjadinya diagnosa potensial tersebut dimana pada kasus Ny “R” di dapatkan data objektif yaitu plasenta lahir ± 5 menit setelah bayi lahir pada tanggal 28 agustus 2017 pukul 16.50 wita tanpa ada penyulit, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar) tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat, perdarahan ± 250 cc.

Dan pada Kala IV persalinan, masalah yang dapat terjadi yaitu terjadinya perdarahan pervaginam dengan pembekuan darah yang banyak, tanda-tanda vital melawati batas normal dimana tekanan darah dan suhu tubuh meningkat, kontraksi uterus yang tidak baik. Pada kasus Ny “R” tidak terdapat data yang menunjang terjadinya diagnosa potensial pada kala IV dimana pada kasus Ny “R” di dapatkan data objektif yaitu kala IV berlangsung setelah 15 menit pelepasan plasenta, dengan pemantauan yang dilakukan selama 2 jam pasca persalinan, dimana pemantauan dilakukan tiap 15 menit pada jam pertama, dan pemantauan dilanjutkan tiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Pada kala IV, kasus Ny “R” berlangsung dengan normal dimana ditandai dengan tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36.5°C, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar) tinggi fundus uteri setinggi pusat, kandung kemih kosong, dan perdarahan ± 250 cc.

Pada kasus Ny “R”, penulis tidak menemukan tanda-tanda infeksi atau kelainan komplikasi pada ibu maupun janin yang mungkin akan terjadi pada kala I sampai dengan kala IV, karena penanganan yang dilakukan pada ibu bersalin telah sesuai dengan teori sehingga tidak ada diagnosa potensial yang terjadi dan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

D. Langkah IV Identifikasi Perlunya Tindakan Segera/ Kolaborasi

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu intruksi dokter. Mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Mufdillah, dkk 2012: 117-178).

Langkah keempat ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan yang terjadi dalam kondisi darurat. Kondisi darurat dapat terjadi pada saat pengelolaan ibu hamil, ibu bersalin, nifas dan bayi baru lahir. Kondisi darurat merupakan kondisi yang membutuhkan tindakan dengan segera untuk menangani diagnosis maupun masalah darurat yang terjadi apabila tidak segera dilakukan tindakan segera, selain diatas bisa juga berupa observasi/pemeriksaan.

Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya.

Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan darurat /segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Dalam rumusan ini, termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri atau bersifat rujukan (Rita Yulifah, 2013 : 134).

Pada studi kasus Ny “R” tidak ada tindakan segera yang perlu dilakukan karena dalam pemantauan persalinan tidak ada tindakan yang membutuhkan penanganan segera.

E. Langkah V Rencana Tindakan

Pada langkah ini di rencanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atauantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap di lengkapi(Mufdillah, dkk 2012).

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Rencana yang dibuat harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta *evidence* terkini serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien. Bila diagnosis asuhan persalinan normal ditegakkan, rencana asuhan yang akan diberikan adalah memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, melakukan pemantauan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf, memantau tanda-tanda vital ibu, memantau keadaan bayi, (DJJ, dan gerakan bayi, memenuhi

kebutuhan hidrasi ibu, memberikan asuhan sayang ibu selama persalinan dimana menghadirkan orang-orang yang dianggap penting oleh ibu dan memberikan dukungan psikologis pada ibu, menjaga privasi dan kebersihan ibu, serta mempertahankan kandung kemih agar tetap kosong(Nurul Jannah, 2017 : 59).

Penatalaksanaan pada kasus persalinan normal yaitu dilakukan secara konsisten dan sistematis menggunakan praktik pencegahan infeksi, memberikan asuhan secara rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir termasuk dalam penggunaan partograf, memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama persalinan, termasuk menjelaskan kepada ibu dan keluarganya mengenai proses kelahiran bayi dan meminta suami ibu atau keluarga lainnya ikut berpartisipasi dalam proses persalinan dan kelahiran bayi, memberikan asuhan bayi baru lahir, termasuk mengeringkan dan menghangatkan tubuh bayi, member ASI secara dini, mengenal sejak dini komplikasi dan melakukan tindakan yang bermanfaat secara rutin, memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayi baru lahir termasuk pada masa nifas secara rutin(Prawirohardjo, 2014 : 335).

Rencana asuhan pada kasus Ny “R” disusun berdasarkan teori dengan melihat kondisi dan kebutuhan pasien. Hasil pengkajian anamnesis, pemeriksaan fisik dan pada pasien yaitu Ny “R” datang dengan keluhan nyeri pada perut bagian bawah yang menjalar kepinggang, yang di sertai dengan adanya pelepasan lendir bercampur dengan darah sejak tanggal 28 agustus 2017 pukul 06.45 wita, dan rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu hilang timbul dan semakin lama semakin sering dan bertambah kuat, pasien mengatakan selama hamil pergerakan janinnya kuat dan

bergerak pada bagian sebelah kiri perut ibu, dan usia kehamilannya sekarang sudah mencapai ± 9 bulan.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran komposmentis, keadaan umum baik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 22x/menit, dan suhu 36,5°C. Ekspresi wajah tampak cemas, tidak tenang dan meringis menahan sakit serta tidak ada edema dan pembengkakan pada wajah, kedua konjungtiva mata tidak anemis dan tidak ikterik, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, limfe dan vena jugularis, payudara tampak simetris, hiperpigmentasi pada areola mammae. Pemeriksaan abdomen didapatkan kesan yaitu tinggi fundus uteri (TFU) 3 jari dibawah *Prosesus Xipioideus*, 32 cm, teraba bokong dan sesuai usia kehamilan 39 minggu 6 hari, punggung kiri, presentasi kepala, situs memanjang, bergerak dalam panggul (BDP) dengan penurunan bagian terbawah janin 3/5, pada auskultasi terdengar denyut jantung janin dengan frekuensi 130 x/menit, janin intrauterine, tunggal dan hidup.

Pada pemeriksaan dalam pertama tanggal 28 agustus 2017 pukul 14.30 wita yaitu, tidak ditemukan kelainan pada vulva dan vagina, keadaan portio lunak dan tipis, terdapat pembukaan 8 cm, ketuban masih utuh, presentase kepala yaitu ubun-ubun kecil didepan simpisis, penurunan hodge III, molase 0 dan tidak ada penumbungan, serta kesan panggul normal. Pemeriksaan dalam kedua tanggal 28 agustus 2017 pukul 16.30 di dapatkan hasil tidak ditemukan kelainan pada vulva dan vagina, keadaan portio lunak dan tipis, terdapat pembukaan 10 cm, ketuban sudah pecah dengan warna air ketuban jernih, presentase kepala yaitu ubun-ubun

kecil sudah dibawah simpisis, penurunan hodge IV, tidak ada molase dan penumbungan, serta kesan panggul normal.

Rencana tindakan yang telah disusun yaitu: sapa ibu dan keluarga untuk meningkatkan rasa percaya sehingga ibu menjadi lebih kooperatif dengan petugas, beritahu hasil pemeriksaan, menganjurkan keluarga untuk memberikan support dan semangat kepada ibu, berikan KIE tentang persalinan normal, minta persetujuan ibu dan keluarga untuk melakukan tindakan dengan inform consent, laksanakan tindakan sesuai dengan penerapan asuhan persalinan normal. Dampingi ibu dalam proses persalinan dan lanjutkan asuhan kebidanan Kala I, II, III dan IV persalinan.

Rencana tindakan dalam pemantauan kala I adalah memantau kemajuan persalinan dengan mengobservasi his dan pembukaan serviks. Rencana yang akan diberikan yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa pembukaan telah lengkap dan ketuban sudah pecah, menjelaskan penyebab nyeri, mendampingi ibu selama persalinan, menganjurkan ibu untuk miring ke salah satu sisi untuk tehnik relaksasi, mengajarkan ibu tehnik relaksasi dengan menarik nafas lewat hidung dan mengeluarkan lewat mulut, menganjurkan keluarga untuk memberi intake, support dan motivasi pada ibu saat his berkurang, mengobservasi his, melakukan pemeriksaan dalam, menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk senantiasa berdo'a kepada Allah swt dan diberikan kesabaran serta kemudahan dalam proses

persalinan, mengajarkan ibu meneran pada saat his, menyiapkan peralatan pertolongan persalinan.

Menganjurkan ibu untuk makan kurma di sela-sela his dalam surah Maryam menjelaskan tentang kurma merupakan makanan yang sangat baik bagi wanita yang sedang dalam masa nifas dan dalam persalinan karna ia muda di cerna, lezat dan mengandung kalori yang tinggi serta dalam sebuah kisah rasulullah selalu makan tujuh buah kurma “ajwa”(matang). Rasulullah bersabda “barang siapa yang makan tujuh butir kurma, maka akan terlindung dari racun.” Dan terbukti ketika seorang wanita yahudi menaruh racun dalam makanan Rasulullah dalam sebuah percobaan pembunuhan di perang khaibar, racun yang tertelan oleh beliau kemudian bisa dinetralisir oleh zat-zat yang terkandung dalam kurma. Bisyr ibnu al Barra’, salah seorang sahabat yang ikut makan racun tersebut akhirnya meninggal (maria hidayah,2014:35). dan hasil penelitian, didapatkan untuk lama persalinan kala 1 pada kelompok kontrol didapatkan nilai rerata lama persalinan sebesar 930,00 menit, waktu terendah sebesar 855 menit, waktu terlama sebesar 990 dan standar deviasi sebesar 50,49. Untuk lama persalinan kala 1 pada kelompok eksperimen didapatkan nilai rerata lama persalinan sebesar 787,14 menit, waktu terendah sebesar 630 menit, waktu terlama sebesar 980 dan standar deviasi sebesar 125,36. Dari hasil uji statistik Mann-whitney didapatkan nilai signifikasi sebesar 0,035 yang berarti bahwa pemberian ekstrak kurma muda

efektif untuk mempercepat proses kala I persalinan (Nanik Nur Rosyidah dan Bd Kiftiyah,2017: 121)

Rencana tindakan selanjutnya pada kala II bertujuan agar ibu melahirkan bayi tanpa komplikasi dan mencegah terjadinya robekan pada vagina dan perineum. Rencana tindakan yang akan diberikan adalah melakukan pimpinan persalinan dengan membimbing Ibu untuk meneran, melakukan pengecekan fundus untuk memastikan tidak ada lagi bayi, memberitahu Ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin, menyuntikkan oksitosin 10 IU di 1/3 paha atas distal lateral secara IM, menjepit dan memotong tali pusat.

Rencana selanjutnya pada kala III bertujuan agar plasenta lahir utuh tanpa terjadi komplikasi pada ibu. Rencana tindakan yang akan diberikan adalah melakukan manajemen aktif kala III (PTT, melahirkan plasenta, masase fundus uteri), mengevaluasi perdarahan dan memeriksa robekan pada vagina dan perineum serta melakukan katerisasi.

Rencana tindakan selanjutnya pada kala IV bertujuan untuk memastikan tidak terjadi perdarahan dengan melakukan pemantauan kala IV. Rencana tindakan yang akan diberikan adalah menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini dan keluhan yang dialami adalah normal pasca persalinan, melakukan pemantauan 2 jam post partum.

Rencana selanjutnya adalah meminta keluarga untuk selalu menemani ibu dan memenuhi kebutuhan ibu, mengajarkan ibu dan keluarga untuk memantau

kontraksi uterus, jumlah darah yang keluar dan tanda-tanda bahaya, memberikan KIE tentang persiapan prakonsepsi dan masa subur, memberikan dukungan pada ibu dan keluarga untuk senantiasa berdo'a kepada Allah swt agar dikaruniakan keturunan yang baik dan sholeh, memindahkan ibu ke ruang nifas.

Rencana asuhan kebidanan yang telah disusun berdasarkan diagnosa/masalah aktual dan potensial, hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dengan manajemen Asuhan kebidanan pada penerapan studi kasus di lahan praktek.

F. Langkah VI Pelaksanaan Tindakan Asuhan Kebidanan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

Pada studi kasus Ny "R" dengan persalinan normal, semua tindakan yang direncanakan terlaksana dengan baik. Seperti menyampaikan hasil pemeriksaan dengan baik, memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bersama, memberikan dukungan moril kepada ibu dan keluarga untuk mengambil keputusan penting dengan membesarkan hati ibu dan keluarga bahwa janin dapat lahir melewati jalan lahir secara normal. Penjelasan telah disampaikan, pasien dan keluarga memutuskan janinnya akan dilahirkan secara normal, memberikan dukungan psikologis pada ibu dan keluarga, serta memenuhi kebutuhan cairan ibu yaitu memberi ibu minum.

Pemantauan selanjutnya, yaitu pada kala I persalinan ibu merasakan nyeri perut tembus belakang yang semakin terasa dan terdapat pelepasan lendir dan darah, keadaan umum ibu baik, tampak meringis menahan sakit, tanda-tanda vital dalam batas normal, his: 5x dalam 10 menit (durasi 45-50 detik), pemeriksaan dalam (VT pukul 16.30 wita) dengan portio melesap, pembukaan 10 cm, ketuban pecah, presentasi kepala, penurunan hodge IV, serta pengeluaran lender, darah, dan air ketuban.

Tindakan yang dilakukan dalam rencana tindakan pada Kala I yaitu menjelaskan penyebab nyeri, menganjurkan ibu untuk miring ke salah satu sisi untuk tehnik relaksasi, mengajarkan ibu teknik relaksasi, menganjurkan pada keluarga untuk memberi intake, support dan motivasi pada ibu saat his berkurang, mengobservasi his pada pukul 16.30 wita, his : 5x dalam 10 menit (durasi 45-50 detik), melakukan pemeriksaan dalam pada pukul 16.30 wita dengan hasil portio melesap, pembukaan lengkap, ketuban pecah, jernih, presentasi kepala, UUK dibawah simpisis, penurunan Hodge IV, molase 0 dan tidak ada penumbungan, kesan panggul normal, pelepasan lendir darah dan air ketuban. Setelah dilakukan pemeriksaan dalam, menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk senantiasa berdo'a kepada Allah swt dan memohon diberi kesabaran serta kemudahan dalam proses persalinan, mengajarkan ibu meneran pada saat his, menyiapkan peralatan pertolongan persalinan.

Pemantauan selanjutnya, yaitu pada kala II persalinan. Kala II dipastikan dengan adanya tanda dan gejala kala II yaitu ibu merasakan nyeri perut yang

semakin timbul, ada dorongan untuk meneran, dan merasa seperti ingin buang air besar, perineum menonjol, vulva dan anus membuka. Hasil pemeriksaan dalam yaitu pembukaan lengkap pada pukul 16.30 wita dan selaput ketuban pecah pukul 16.30 wita. Tindakan asuhan yang dilakukan pada kala II adalah melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran pada pukul 16.30 wita, pimpinan meneran ± 15 menit, bayi lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanggal 28 agustus 2017 pukul 16.45 wita dengan jenis kelamin perempuan, hidup, dan tidak terdapat kelainan pada bagian wajah dan badan. Berat badan 3000 gram, panjang badan 49 cm.

Setelah bayi lahir melakukan pengecekan fundus dan tidak ada lagi bayi dalam uterus, kemudian memberitahu ibu dan menyuntikkan oksitosin dan suntikan oksitosin, dan menjepit dan memotong tali pusat. Pemantauan selanjutnya, yaitu pada kala III persalinan. Kala III dimulai setelah bayi lahir pukul 16.45 wita, dan ditandai dengan adanya semburan darah tiba-tiba serta tali pusat bertambah panjang. Tindakan yang dilakukan pada saat kala III yaitu melakukan manajemen aktif kala III: plasenta dan selaput ketuban lahir spontan pukul 16.50 wita kontraksi uteru baik dan TFU setinggi pusat. Lama kala III adalah 5 menit, plasenta dan selaput ketuban lahir kesan lengkap, perdarahan ± 250 cc dan tidak terjadi robekan pada vagina dan perineum.

Pemantauan dilanjutkan pada kala IV persalinan. Kala IV persalinan dimulai setelah plasenta lahir. Ibu merasakan lega setelah melahirkan dan masih sedikit mules, keadaan umum ibu baik, ibu tampak kelelahan, tanda-tanda vital

yaitu tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 80x/i, Suhu : 36.5 °C, Pernafasan : 22 x/i, kontraksi uterus baik, TFU setinggi pusat. Tindakan yang dilakukan yaitu menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini dan keluhan yang dialami adalah normal pasca persalinan. Tindakan selanjutnya adalah pemantauan 2 jam post partum. Pukul 17.05 wita didapatkan tekanan darah ibu tidak meningkat dari jam pertama pukul 17.05 wita tekanan darah 120/80 mmHg, pada jam kedua tetap menjadi 120/80 mmHg. Setelah itu melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital lainnya, seperti tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 80 x/i, suhu: 36,5 °C, pernafasan: 22 x/i.

Setelah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, meminta keluarga agar selalu menemani dan memenuhi kebutuhan ibu, mengajarkan ibu dan keluarga cara memantau kontraksi uterus, memberikan KIE tentang persiapan prakonsepsi dan masa subur, menganjurkan ibu dan keluarga untuk senantiasa berdo'a kepada Allah swt agar dikaruniakan keturunan yang baik dan sholeh, memindahkan ibu ke ruang perawatan pada pukul 18.55 wita.

Dalam pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan penulis tidak menemukan hambatan yang berarti karena seluruh tindakan yang dilakukan sudah berorientasi pada kebutuhan klien.

G. Langkah VII Evaluasi Hasil Asuhan Kebidanan

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar – benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam

masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedangkan sebagian belum efektif (Mufdillah, dkk 2012: 118-119).

Adapun evaluasi yang dimaksudkan untuk memperoleh atau memberi nilai terhadap intervensi yang dilakukan berdasarkan tujuan kriteria yang diberikan kepada Ny “R” di Puskesmas Jumpandang Baru pada tanggal 28 agustus 2017 yaitu pada kala I berlangsung tidak lebih dari 7 jam, keadaan ibu dan janin baik, dan tidak ada komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.

Selanjutnya yaitu kala II juga berlangsung normal tanpa ada penyulit, bayi lahir spontan tanggal 28 agustus 2017, jam 16.45 wita, menangis kuat, bernapas tanpa bantuan serta bergerak aktif. Pada kala III, tidak ada penyulit dan berlangsung normal, berlangsung ± 5 menit, kotiledon dan selaput ketuban lahir lengkap tanggal 28 agustus 2017, jam 16.50 wita, TFU setinggi pusat, perdarahan ± 250 cc, kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar), serta keadaan ibu dan bayi baik. Terakhir yaitu kala IV atau kala pengawasan, pada kala IV kontraksi uterus baik (teraba keras dan bundar), jumlah perdarahan ± 250 cc, kandung kemih kosong dan keadaan ibu dan bayi baik.

Maka dapat disimpulkan bahwa mulai dari kala I sampai dengan kala IV, semuanya berlangsung normal, tidak ada komplikasi yang terjadi pada ibu maupun janin. Hal tersebut terjadi karena manajemen asuhan yang diberikan sesuai dengan teori dan sesuai dengan wewenang bidan.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis mempelajari teori dan pengalaman langsung dilahan praktek melalui studi kasus tentang manajemen asuhan kebidanan pada Ny “R” Gestasi 38-40 Minggu dengan Asuhan Persalinan Normal di Puskesmas Jumpandang Baru, maka bab ini penulis menarik kesimpulan dan saran.

A. KESIMPULAN

1. Asuhan kebidanan pada Ny “R” dengan Asuhan Persalinan Normal dilakukan dengan teknik pendekatan manajemen asuhan kebidanan yang dimulai dari pengkajian dan analisa data dasar, pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, mulai dari anamnesis riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan keterangan tambahan yang menyangkut atau yang berhubungan dengan kondisi klien.
2. Diagnosa Ny “R” dengan Asuhan Persalinan Normal ditegakkan berdasarkan adanya keluhan yaitu nyeri pada perut bagian bawah yang menjalar kepinggang, yang disertai dengan adanya pelepasan lendir bercampur dengan darah, dan sifat nyeri yang dirasakan hilang timbul dan semakin lama semakin sering dan kuat, serta pada pemeriksaan dalam di dapatkan pembukaan serviks 8 cm.

3. Pada Ny “R” masalah yang mungkin muncul yaitu pada kala I kemungkinan terjadinya infeksi jalan lahir yang disebabkan karena adanya pembukaan serviks dan pemeriksaan dalam yang terlalu sering, pada kala II yaitu terjadinya kala II lama dimana garis pembukaan mendekati garis waspada, dan kemungkinan terjadinya distosia bahu, pada kala III persalinan kemungkinan masalah yang bisa terjadi yaitu terjadinya retensio plasenta, dan pada kala IV kemungkinan masalah yang dapat terjadi yaitu kontraksi uterus yang kurang baik.
4. Pada Ny “R” diperlukan tindakan segera, kolaborasi atau rujukan apabila terjadi masalah dalam persalinan tersebut.
5. Rencana tindakan yang telah disusun pada Ny “R” bertujuan agar ibu mendapatkan penanganan yang bersih dan aman, sesuai dengan kondisinya dan mencegah terjadinya komplikasi serta mencegah terjadinya trauma berat pada ibu dan bayinya.
6. Tindakan yang dilakukan bertujuan agar rencana yang disusun tercapai dengan adanya kerjasama antara bidan dengan petugas lainnya agar dapat lebih meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan pasien.
7. Tindakan evaluasi pada Ny “R” dengan Asuhan Persalinan Normal telah diberikan semaksimal mungkin dan sesuai standar pelayanan/rencana asuhan kebidanan serta komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi dapat teratasi.

8. Pendokumentasian dilaksanakan pada tanggal 28 agustus 2017 di Puskesmas Jumpandang Baru. Pengkajian dilakukan mulai dari pasien datang sampai proses persalinan dari Kala I-IV persalinan.

B. SARAN

1. Bagi klien
 - a. Setiap ibu hamil harus melaksanakan persalinannya dengan aman baik dari segi penolong, tempat, atau pun peralatan kesehatan yang diperoleh dengan melakukan persalinan di rumah sakit, puskesmas, BPS, atau pun klinik dokter.
 - b. Diharapkan kepada ibu untuk segera ber KB
 - c. Perlunya dukungan dan keterlibatan suami atau anggota keluarga dalam masa nifas merupakan interaksi terus-menerus yang bersifat saling mencintai, pemenuhan keutuhan emosional dan saling membutuhkan
 - d. Menganjurkan ibu untuk selalu memperhatikan keadaan bayinya.
 - e. Menganjurkan kepada ibu untuk untuk mengomsumsi makanan dengan gizi seimbang.
 - f. Menganjurkan kepada ibu untuk mengomsumsi obat secara teratur sesuai instruksi yang diberikan.
 - g. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan organ genetaliaanya.
2. Saran untuk bidan

- a. Bidan sebagai tenaga kesehatan diharapkan mampu memberikan pelayanan yang professional sehingga dapat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian perinatal (AKP). Oleh karena itu bidan harus meningkatkan kemampuan, pengetahuan, keterampilan, melalui program pendidikan, pelatihan-pelatihan, seminar agar menjadi bidan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan IPTEK
 - b. Bidan harus memberikan asuhan sesuai wewenang untuk itu manajemen kebidanan perlu dikembangkan karena merupakan alat yang mendasari bagi bidan untuk memecahkan masalah klien dan berbagai kasus.
 - c. Seorang bidan hendaknya menganggap bahwa semua ibu hamil mempunyai resiko untuk komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin, oleh karena itu bidan diharapkan mampu mendeteksi secara dini adanya tanda-tanda bahaya kehamilan dan menganjurkan ibu dan keluarga segera ke pelayanan kesehatan bila mengalami hal tersebut.
3. Saran untuk institusi kebidanan
- a. Untuk mendapatkan hasil manajemen asuhan kebidanan yang baik perlu menyediakan tenaga bidan yang profesional untuk menunjang pelaksanaan tugas.
 - b. Untuk pelayanan yang lebih berkualitas sesuai dengan kemajuan teknologi, sebaiknya bidan yang sudah bertugas diberi kesempatan untuk melanjutkan atau semacam pelatihan-pelatihan.

- c. Demi mendapatkan hasil yang baik dan memuaskan perlu kiranya penyediaan fasilitas/ alat-alat yang memadai untuk penunjang pelaksanaan tugas-tugas kebidanan dan untuk meningkatkan keterampilan bidan.



DAFTAR PUSTAKA

- Kementrian agama RI: *Al-Quran dan Terjemahannya*. Bandung : C.V Penerbit Diponegoro 2013.
- Abu Bahru. Terjemah *Tafsir Al-Maraghi*, Vol 17, Semarang: PT. Karya Putra Toha, 2003.
- Affandi, *Asuhan Persalinan Normal Dan Tinjauannya Dalam Islam*. Jakarta : Depkes RI, 2012.
- Asri, Dwi dan Cristine Clervo P. *Asuhan Persalinan Normal Plus Contoh Askebdan Patologi Persalinan*, Yogyakarta : Nuha Medika, 2012.
- Baety, Aprilia Nurul. *Kehamilan dan persalinan*. Yogyakarta : Graha Ilmu, 2012.
- Cunningham, *Obstetric Williams*, EGC : Jakarta, 2012.
- Endy, M. dkk. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta. 2013.
- Hidayah maria, *keajaiban bangun pagi*. Yogyakarta: Abata Press, 2014.
- Ilmiah, WidiaShofa. *Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal*, Yogyakarta: Nuha Medika, 2015.
- Indryani. Dkk. *Buku Ajar Asuhan Kehamilan*. TIM. Bandung. 2012.
- Jannah, Nurul. *ASKEB II Persalinan Berbasis Kompetensi*, Jakarta : ECG, 2017.
- Katsir Ibnu, Syaikh dkk. *Shahih Tafsir Ibnu Katsir*, Jilid 5, Jakarta : Pustaka Imam Asy- Syafit I, 2003.
- Kuswanti, Ina dan Fitria Melina. *ASKEB II Persalinan*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar, 2014.
- Kemenkes. *Angka Kematian Ibu Menurut Sustainable Development Goals (SDGs) Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, 2015. Liliyana, dkk. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*, Jakarta : ECG, 2012.

Mahmud Yunus, Tafsir Al Qur'an Al Karim, Jakarta : PT Hilda Karya Agung, 2004.

Maru, Abdurrahman Suleiman, dkk “ *Exploring challenges in decreasing maternal mortality in Africa with respect to failure to achieve Millennium Development Goals (MDGs) year 2016* “. *Journal of Research in Nursing and Midwifery*. Vol. 5 no. 3 (September, 2016).
<http://www.interestjournals.org/full-articles/exploring-challenges-in-decreasing-maternal-mortality-in-africa-with-respect-to-failure-to-achieve-millennium-development-goals-mdgs.pdf?view=inline>.
 (Diakses tanggal 18 juni 2017)

Miswani Mukani Syuaib. *Hypnobirthing Melahirkan Tanpa Rasa Sakit Dan Tinjauannya Dalam Islam*, Makassar :Alauddin University Press, 2013.

Mufdillah, dkk. *Konsep Kebidanan Edisi Revisi*, Yogyakarta : Nuha Medika : 2012

Nuraisah. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Jakarta : Refika Aditama. 2014

Nursiah, Ai, dkk. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*, Bandung : PT. Refika Aditama, 2014.

Prawirohardjo, Sarwono. *Ilmu Kebidanan*, Jakarta : PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2014.

Purwandari Atik, dkk. “ Studi Kasus Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ny. D.N Dengan Persalinan Normal di Puskesmas Bahu Kecamatan Malalayang Kota Manado Tahun 2014 “. *Jurnal Ilmiah Bidan*. Vol 2 no. (Januari Juni 2014). <http://ejurnal.poltekkesmanado.ac.id/index.php/jib/article/view/219.pdf> (Diakses tanggal 17 juni 2017).

Rosyidah, nur nanik dan Kiftiyah. *Efektivitas Pemberian Ekstrak Kurma Muda Terhadap Percepatan Kala I Persalinan* , Jurnal keperawatan dan Kebidanan 2015.

Sarwono. *Ilmu Kebidanan*. YBP-SP. Jakarta, 2012.

- SDKI. *Survey Demografi Kesehatan Indonesia Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. 2015.
- Setiawati, Dewi. *Kehamilan dan Pemeriksaan Kehamilan*, Makassar :Alauddin University Press, 2013.
- Shihab, M Quraish. *Tafsir Al Mishbah*, Vol:8, Jakarta :Lentera Hati, 2002.
- Sujiyatini. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta : Nuha Medika. 2013.
- Trisnawati, Frisca. *Asuhan Kebidanan Panduan Lengkap Menjadi Bidan Profesional*, Jakarta : PT. Prestasi Pustakaraya, 2012.
- WHO. *Penyebab AKI di Negara Berkembang*. [http// www. Angka kematian ibu.com](http://www.Angka_kematianibu.com). Diakses tanggal 12 Desember, 2016. Makassar, 2015.
- Yeyeh, Ai, dkk. *AsuhanKebidanan II PersalinanEdisiRevisi*,DKI Jakarta : CV. Trans Info Media, 2014.
- Yulifah, Rita, dkk. *Konsep Kebidanan Untuk Pendidikan Kebidanan*, Jakarta : Salemba Medika : 2014.

LAMPIRAN I

FORMAT PENGUMPULAN DATA

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL CARE DENGAN PERSALINAN NORMAL DI PUSKESMAS JUMPANDANG BARU MAKASSAR TAHUN 2017

No.register :

Tanggal Masuk :

Tanggal Partus :

Tanggal Pengkajian :

A. Identifikasi Data Dasar

1. Identitas istri / suami

Nama :

Umur :

Agama :

Suku :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Nikah / lama :

Alamat :

No. Telp :

B. Data Biologis / Fisiologis

1. Riwayat keluhan utama :
2. Riwayat Reproduksi

a. Riwayat Haid

- 1) Menarche :
- 2) Siklus Haid :
- 3) Durasi :
- 4) Dismenorrhea :

C. Riwayat Kehamilan Persalinan dan Nifas

No	Tgl. Lahir	Usia kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Komplikasi	Sex	BB	PB	Keadaan	Komplikasi

D. Riwayat Keluarga Berencana

1. Riwayat kontrasepsi terdahulu :
2. Riwayat kontrasepsi terakhir :
3. Sebelum kehamilan ini :

E. Riwayat penyakit terdahulu

1. Hipertensi :
2. Asma :
3. Penyakit jantung :
4. Diabetes mellitus :

5. Dan lain-lain :

F. Pemeriksaan Fisik

KALA I

1. Keadaan umum :

2. Kesadaran :

3. Tanda-Tanda Vital :

a. Tekanan Darah :

b. Suhu :

c. Nadi :

d. Pernapasan :

4. Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi

a. Kepala :

b. Wajah :

c. Mata :

d. Hidung :

e. Mulut dan Gigi :

f. Telinga :

g. Leher :

h. Payudara :

i. Abdomen :

1) Leopold I :

2) Leopold II :

- 3) Leopold III :
- 4) Leopold IV :
- j. TBJ :
- k. Auskultasi DJJ :

5. Pemeriksaan Genetalia

Pemeriksaan dalam VT

- a. Vulva dan vagina :
- b. Portio :
- c. Pembukaan serviks :
- d. Ketuban :
- e. Presentase :
- f. Moulase :
- g. Penumbungan :
- h. Penurunan :
- i. Kesan panggul :
- j. Pelepasan :

KALA II

- 1. His x10 menit durasi detik
- 2. DJJ x/menit :
- 3. Kandung kemih :
- 4. Pemeriksaan dalam VT
 - a. Vulva dan vagina :

- b. Portio :
- c. Pembukaan serviks :
- d. Ketuban :
- e. Presentase :
- f. Moulase :
- g. Penumbungan :
- h. Penurunan :
- i. Kesan panggul :
- j. Pelepasan :

5. TTV

TD : mmHG N : x/menit
 S : °C P : x/menit

KALA III

- 1. Bayi lahir :
- 2. TTV
 TD : mmHG N : x/menit
 S : °C P : x/menit
- 3. janin :
- 4. plasenta :
- 5. kontraksi uterus :
- 6. robekan jalan lahir :
- 7. TFU :

KALA IV

1. Keadaan umum :
2. Kesadaran :
3. TTV
TD : mmHG N : x/menit
S : °C P : x/menit
4. TFU :
5. kontraksi uterus :
6. pengeluaran urine :
7. Colostrums :
8. Lochea :
9. Bab :

G. Faktor Sosial

1. Usia saat menikah :
2. Pilihan tepat untuk persalinan :
3. Pilihan pemberian makanan bayi :
4. Penghasilan :
5. Respon keluarga terhadap kehamilan ibu :
dan Kesiapan persalinan :
6. Jumlah keluarga dalam rumah :
7. Pembuat keputusan dalam keluarga :



DEPARTEMEN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

Kampus II : JL. Sultan Alauddin No. 36 Samata – Gowa Telp. 824835 Fax. 424836

PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas
Ketuban pecah

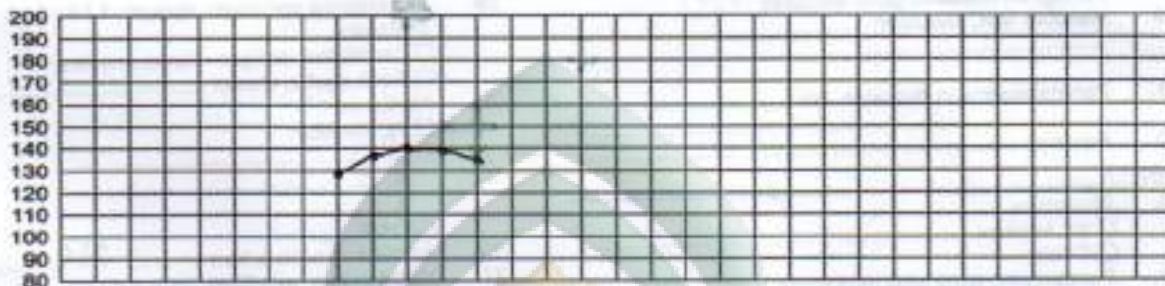
218117281
Sejak jam 06-45 WITA

Nama Ibu : H.T.R.
Tanggal : 28 Agustus 2017

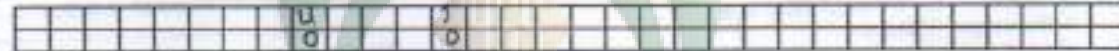
Umur : 35 Tahun
Jam : 14-35 WITA
mules sejak jam

G. IV P. 11 A. 0
Alamat : OL. A. R. Makin Lt 2

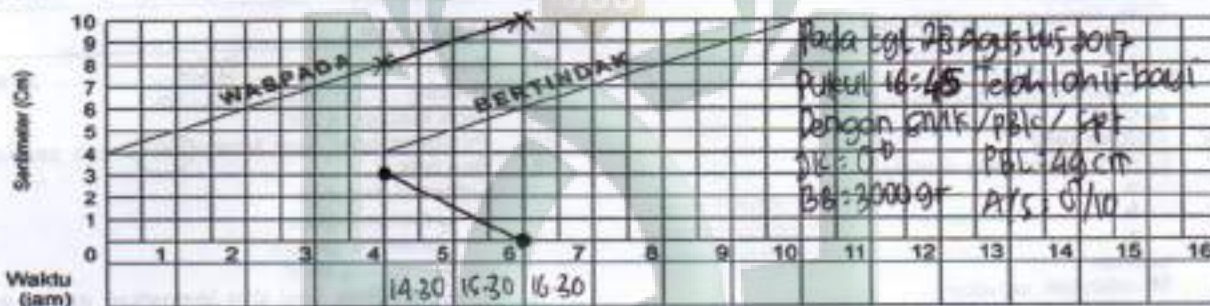
Denyut
Jantung
Janin
(/menit)



Air ketuban
Penyusupan



Pembukaan serviks (cm) bertanda x
Tunainya kaput
bertanda o



Kontraksi
tiap
0 Menit



Oksitosin U/L
tetes/menit



Obat dan
Cairan IV



Nadi



Tekanan
darah



Suhu



Urin

Protein
Aseton
Volume



CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 20 Agustus 2017
- Nama bidan :
- Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☒ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
☐ Bidan ☐ Teman
☐ Suami ☐ Dukun
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y (T)
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah Tsb :
- Hasilnya :

KALA II

- Episiotomi :
☐ Ya, Indikasi
☒ Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☒ Keluarga ☐ Dukun
- Gawat Janin :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☒ Tidak
- Distosia bahu :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☒ Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA III

- Lama kala III : 15 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
☒ Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan :
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
☐ Ya, alasan :
- ☒ Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali ?
☒ Ya
☐ Tidak, alasan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	17.05	120/80 mmHg	80x1	36,5°C	stpst	Baik	Kosong	+ 50 cc
	17.20	120/80 mmHg	80x1		stpst	Baik	Kosong	+ 50 cc
	17.35	120/80 mmHg	70x1		stpst	Baik	Kosong	+ 40 cc
	17.50	120/80 mmHg	70x1		stpst	Baik	Kosong	+ 30 cc
2	18.20	120/80 mmHg	80x1	37°C	stpst	Baik	Kosong	+ 30 cc
	18.50	120/80 mmHg	80x1		stpst	Baik	Kosong	+ 20 cc

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

- Masase fundus uteri ?
☒ Ya
☐ Tidak, alasan :
- Piasenta lahir lengkap (intact) (Ya) / Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
c.
- Piasenta tidak lahir > 30 menit (Ya) / Tidak
☐ Ya, tindakan :
a.
b.
c.
- Leserasi :
☐ Ya, dimana
☒ Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan :
☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan :
- Atoni uteri :
☐ Ya, tindakan :
a.
b.
c.
☒ Tidak
- Jumlah perdarahan : 250 ml
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan : 3000 gram
- Panjang : 49 cm
- Jenis kelamin : P
- Penilaian bayi baru lahir : (baik) / ada penyulit
- Bayi lahir :
☒ Normal, tindakan :
☐ mengeringkan
☐ menghangatkan
☐ rangsang taktil
☒ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ lain - lain sebutkan :
- Cacat bawaan, sebutkan :
- Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
- Pemberian ASI :
☒ Ya, waktu : Segera jam setelah bayi lahir
☐ Tidak, alasan :
- Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Penelitian

Nama : **Zuhriani Hs**
Nim : 70400114062
T.T.L : Sinjai, 03 Agustus 1996
Suku : Bugis
Agama : Islam
Alamat : Jl. Hos Cokroaminoto Kab. Sinjai
Nama Orang Tua
a. Ayah : Muh. Hasbi. S
b. Ibu : Salmah

B. Riwayat Pendidikan

SD Negeri 4 Balangnipa : 2002-2008
SMP Negeri 1 Sinjai Utara : 2008-2011
SMA Negeri 1 Sinjai Utara : 2011-2014
UIN Alauddin Makassar : 2014-2017